



Richtlijn

ADHD

© 2016 Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW) zijn de opstellers van de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. Vermelde beroepsverenigingen zijn intellectueel eigenaar van zowel de richtlijnen zelf als de schriftelijke onderbouwing ervan, de eventuele bijbehorende werkkaarten en de cliëntversies. De beroepsverenigingen geven toestemming voor het verveelvoudigen en opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand van de tekst van deze publicaties alsmede het openbaar maken ervan hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of enige andere manier, op voorwaarde dat de drie beroepsverenigingen worden vermeld als de opstellers van betreffende richtlijn en de eventuele overige gebruikte teksten. Richtlijnen worden regelmatig aangepast. We adviseren dringend altijd de website te raadplegen voor de meest actuele versies.

Het Trimbos-instituut heeft deze richtlijn geschreven in opdracht van het NIP, de NVO en de BPSW. Dit project werd mogelijk gemaakt door financiering van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanuit het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. Zie voor meer informatie de website www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

Gebruik als titel van deze richtlijn in referenties altijd: *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming*.

2e druk, april 2017

Auteurs

Frits Boer
Barbara van den Hoofdakker
Pier Prins
Wil Hogeman-Weijers

Matthijs Oud
Geurt van de Glind
Henny Sinnema

Werkgroep

Frits Boer (voorzitter)
Wil Hogeman-Weijers
Barbara van den Hoofdakker
Pier Prins
Jacky Stuifmeel (tot 2014)
Geertje van Gerven
Christel de Vos

Fons van Waterschoot
Rinie van Rijsingen (tot 2014)
Germie van den Berg (tot 2015)
Alieke de Boer
Nicolien Wiltink (tot 2014)
Niki van Woezik

Redactionele ondersteuning

Paul Anzion

Trimbos-instituut

Da Costakade 45
3521 VS Utrecht
Telefoon: 030-2971100
Website: www.trimbos.nl
E-mail: info@trimbos.nl



Voorwoord

De afkorting ADHD verwijst naar een psychische stoornis waarvan 'overmatige activiteit' en/of 'erg snel zijn afgeleid' de voornaamste kenmerken zijn. Inmiddels is ADHD ook een gewoon Nederlands woord, dat te pas en te onpas wordt gebruikt om druk gedrag aan te duiden. Soms is het een scheldwoord, soms een verontschuldiging, soms een met trots gedragen titel. Er is momenteel sprake van maatschappelijke controverse rond ADHD. Velen hebben de indruk dat de diagnose ADHD te snel wordt gesteld, waardoor jeugdigen die vroeger hooguit temperamentvol of druk zouden worden genoemd, nu een psychiatrisch label krijgen. Dat in de afgelopen tien jaar het aantal jeugdigen dat ADHD medicatie gebruikt is verviervoudigd (Gezondheidsraad, 2014), roept eveneens ongerustheid op. Daarom wordt nu gepleit voor demedicalisering. Officieel wordt met deze term bedoeld dat problemen van jeugdigen niet te snel als psychiatrisch (medisch) moeten worden opgevat, maar in het spraakgebruik wordt ook bedoeld dat minder snel medicijnen moeten worden voorgeschreven. Hiertegenover staat de vrees dat bij ondoordachte demedicalisering jeugdigen die ernstig worden beperkt door verschijnselen van ADHD niet langer de hulp zullen krijgen die zij nodig hebben. Er wordt op gewezen dat tegelijk met overdiagnostisering ook sprake kan zijn van onderdiagnostisering.

De werkgroep die deze richtlijn heeft opgesteld, heeft getracht rekening te houden met deze verschillende gezichtspunten. Daarbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van resultaten van zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek. Waar deze niet beschikbaar waren, werd de ervaring van experts benut. In de richtlijn is duidelijk aangegeven op welk soort evidentie aanbevelingen zijn gebaseerd.

ADHD is een beschrijvende diagnose. Dat wil zeggen dat hij wordt gesteld wanneer iemand de daarbij horende verschijnselen vertoont. Daarmee is niet gezegd wat de oorzaak van die verschijnselen is. Het is dus niet per se een 'hersenziekte' en evenmin per se een 'sociaal probleem'. Het is aannemelijk dat bij veel jeugdigen ADHD een extreme variant is van normaal gedrag. Dit geldt overigens voor de meeste psychische stoornissen. De term ADHD mag pas worden gebruikt wanneer de overmatige activiteit en/of het snelle afgeleid zijn tot ernstige beperkingen van het functioneren leiden. Om te voorkomen dat teveel jeugdigen de diagnose ADHD krijgen, moet vooral daar goed op worden gelet.

Voor het diagnosticeren en behandelen van ADHD bij jeugdigen is al geruime tijd een richtlijn beschikbaar (*Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen*; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005). Waarom dan een richtlijn over ADHD ten behoeve van de jeugdhulp en jeugdbescherming? Wanneer jeugdigen uitsluitend ADHD hebben, zullen zij daarvoor worden behandeld door de huisarts, de kinderarts of de jeugd-ggz. In de overige sectoren van de jeugdhulp en jeugdbescherming hebben jeugdigen doorgaans tegelijkertijd verschillende problemen van sociale, emotionele en gedragsmatige aard, waarvan ADHD onderdeel kan uitmaken. Deze richtlijn is er voor de jeugdprofessional die zich afvraagt of bij een jeugdige óók sprake zou kunnen zijn van ADHD. Aan de hand van deze richtlijn kan hij nagaan hoe hij dat te weten komt en welke betekenis dit heeft voor de behandeling of begeleiding.



ADHD verwijst naar kenmerken van de jeugdige. Dat wil niet zeggen dat diens omgeving er niet toe doet. Wanneer een jeugdige op grond van zijn aanleg het risico loopt ADHD te ontwikkelen zullen factoren in de omgeving (in het bijzonder gezin en school) mede bepalen in hoeverre dit daadwerkelijk gebeurt. Bij het in kaart brengen van de problemen van de jeugdige dient dus ook aandacht voor de rol van de omgeving te zijn. Anderzijds ondervindt de omgeving de gevolgen van de problemen die de jeugdige ontwikkelt en dient de hulp ook op de omgeving gericht te zijn.

Ten slotte: dat het stellen van de diagnose ADHD berust op de beoordeling van de ernst van de beperkingen, brengt met zich mee dat deze diagnose onvermijdelijk enigszins subjectief is. Belangrijker echter dan de academische vraag of een jeugdige net wel of net niet voldoet aan de diagnose, is het besef dat ook bij lichtere varianten van overmatige activiteit en/of snel afgeleid zijn de jeugdige en diens omgeving kunnen profiteren van goede uitleg en advies. Gebruik deze richtlijn dus niet alleen voor de officiële doelgroep, maar probeer vooral ook de principes ervan te benutten in het kader van een bredere aanpak die als maatwerk wordt geboden aan de jeugdige en diens omgeving.

Frits Boer, emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie bij het AMC en voorzitter van de werkgroep *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming*



Kernaanbevelingen

Signalering, screening en diagnostiek

1. Gebruik een valide instrument voor ADHD screening, zoals de *SEV*, de *AVL* of de *CBCL* (en/of de varianten *TRF*, *YSR*) bij jeugdigen van zes tot achttien jaar.
2. Gebruik een goed en gedetailleerd semigestructureerd interview met de ouders (bijvoorbeeld *PICS-4* en de *K-DBDS*) en de school (of andere context) (bijvoorbeeld *TTI-4* bij leerkrachten), om te komen tot een afgewogen klinisch oordeel of een jeugdige al dan niet voldoet aan de diagnostische criteria voor ADHD.

Interventies

3. Begin bij jeugdigen met ADHD altijd met psycho-educatie op maat aan de jeugdige zelf, de ouders en de leerkracht. Bied de jeugdige geen psycho-educatie als de meerwaarde hiervan ontbreekt of schadelijke effecten kunnen ontstaan zoals stigmatisering. Weeg leeftijd en ontwikkelingsniveau, ernst van de problemen en behoefte van de jeugdige hierbij mee.
4. Bied, als er zorgen blijven over het gedrag, ouder- en leerkrachttraining standaard aan bij
 - a. jeugdigen jonger dan zes jaar;
 - b. jeugdigen tussen zes en achttien jaar met milde tot matige ADHD;
 - c. jeugdigen tussen zes en achttien jaar die reeds op medicatie zijn ingesteld of waarvan ouders en jeugdige de voorkeur geven aan oudertraining in plaats van medicatie als eerste keus behandeling.
Gebruik training van de ouders in de thuissituatie bij voorkeur pas nadat dit eerst in de instelling aangeboden is.
5. Ondersteun de leerkracht (nadat toestemming van de ouders verkregen is) in het toepassen van gedragstherapeutische technieken in de klas als onderdeel van het hulpaanbod wanneer de jeugdige beperkingen ondervindt in het functioneren op school.
6. Interventies voor jeugdigen met ADHD moeten worden uitgevoerd door gedragstherapeutisch geschoolde professionals die getraind zijn in de betreffende interventie en de voor de behandeling vereiste werkbegeleiding of supervisie krijgen.
7. Weet wie verantwoordelijk is voor de medicamenteuze behandeling en heb, in overleg met ouders en jeugdige, waar nodig contact met de arts(en) over het beleid.

Pedagogisch klimaat in school en (dag)klinische groepsbehandeling en de samenwerking tussen ouders, school en jeugdprofessionals

8. Betrek altijd de ouders van de jeugdige tijdig, frequent en consequent in iedere fase.
9. Bekrachtig zeer frequent en onmiddellijk volgend op het gedrag om gedragsverandering te bewerkstelligen. Bied daarbij aantrekkelijke en afwisselende bekrachtigers.
10. Zorg ervoor dat de communicatie met de jeugdige en de ouders niet beperkt wordt tot het bespreken van problemen en stagnaties, maar ook gaat over positieve ontwikkelingen en zaken die goed gaan.





Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Kernaanbevelingen	5
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	9
1.1 Doelgroep	10
1.2 Werkwijze.....	10
1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal	11
1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn	14
1.5 Bijstelling en herziening van de richtlijn	14
1.6 Juridische betekenis van de richtlijn	14
1.7 Gedeelde besluitvorming	15
1.8 Diversiteit	17
1.9 Veranderingen in de zorg voor jeugd.....	18
1.10 Leeswijzer	18
Hoofdstuk 2. Wat is ADHD?	19
2.1 Normaal, overmatig of problematisch gedrag.....	20
2.2 ADHD herkennen.....	20
2.3 Diagnose ADHD volgens de DSM-5.....	21
2.4 Ontstaan	23
2.5 Controverse rondom de diagnose ADHD.....	24
2.6 Epidemiologie.....	24
2.7 Comorbiditeit	25
2.8 Beloop	26
Hoofdstuk 3. Signalering, screening en diagnostiek	29
3.1 Signalering	30
3.2 Screenen	31
3.3 Diagnostiek.....	33
3.3.1 Uitvoerende professionals.....	33
3.3.2 Diagnostische onderdelen en middelen.....	33
3.3.3 Diagnostische modellen binnen de jeugdhulp: diagnostische cyclus en handelingsgerichte diagnostiek	39
3.3.4 Motivatie voor behandeling	39
3.4 Aanbevelingen.....	40
Hoofdstuk 4. Interventies	41
4.1 Inleiding.....	42
4.2 Psycho-educatie	43
4.3 Ouder- en ouder-kindinterventies	45
4.3.1 Oudertraining.....	45
4.3.2 Gezinsinterventies	48
4.4 School- en leerkrachtinterventies	49
4.5 Interventies voor de jeugdige zelf	52
4.5.1 Cognitieve gedragstherapie gericht op impulscontrole en zelfregulatie	52
4.5.2 Sociale vaardigheidstraining	53



4.5.3 Planning- en organisatietrainingen	54
4.5.4 Combinatiebehandeling (jeugdige met ouders en/of school; ouders en school)	54
4.6 Residentiële interventies	55
4.7 Overige interventies	55
4.7.1 (Neuro)cognitieve interventies	55
4.7.1.1 Neurofeedback	55
4.7.1.2 Cognitieve trainingen	56
4.7.2 Dieetinterventies	56
4.7.3 Mindfulnessstraining	57
4.7.4 Psychomotorische- en speltherapie	57
4.8 Ondersteuning bij gebruik van medicatie	57
4.9 Aanbevelingen	59
Hoofdstuk 5. Het pedagogisch klimaat op school en in de behandelgroep	61
5.1 Inleiding	62
5.2 Een voorspelbare en stimulerende (groeps)omgeving	62
5.2.1 Een positief opvoedingsklimaat	62
5.2.2 Gedragsbeïnvloeding	63
5.2.2.1 Leertheorie en ADHD	63
5.2.2.2 Antecedenten van gedrag beïnvloeden	63
5.2.2.3 Consequenties van gedrag beïnvloeden	64
5.3 Aandachtspunten bij de uitvoering van opvoedingstechnieken	67
5.4 Samenwerking tussen ouders en beroepsopvoeders	67
5.5 Samenwerking tussen school en jeugdprofessionals	68
5.5.1 Inzet van de jeugdprofessional bij schoolverzuim	68
5.5.2 Inzet van de jeugdprofessional bij leerlingen in (semi)residentiële voorzieningen	68
5.5.3 Ondersteuningsstructuur in en om de school	68
5.6 Aanbevelingen	70
Hoofdstuk 6. Diversiteit	71
6.1 Inleiding	72
6.2 Etniciteit	72
6.3 Geslacht	73
6.4 Leeftijd	73
6.5 Verstandelijk niveau	73
6.6 Comorbiditeit	74
6.7 Psychische problemen van ouders	74
6.8 Conclusie	75
6.9 Aanbevelingen	76
Literatuur	77
Bijlage 1: Diagnostische criteria voor ADHD volgens DSM-5	87
Bijlage 2: Overzicht van interventies	91



Hoofdstuk 1

Inleiding



Deze richtlijn gaat over kinderen en jongeren¹ met ADHD en hun directe omgeving, zoals het gezin en school. We spreken pas van ADHD wanneer iemand langere tijd, in verschillende situaties en al voor de leeftijd van twaalf jaar hyperactief en impulsief gedrag en/of problemen in de aandacht en concentratie vertoont én daardoor ernstige belemmeringen ondervindt.

1.1 Doelgroep

De richtlijn (inclusief onderbouwing en werkkaarten) is primair bedoeld voor jeugdprofessionals. Zij moeten ermee kunnen werken. Onder 'jeugdprofessionals' worden zowel gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen of anderen met een gedragswetenschappelijke opleiding) als hbo-opgeleide professionals verstaan.

De richtlijn richt zich in de eerste plaats op beroepsgeregistreerde jeugdprofessionals. Zij staan geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) als 'jeugdzorgwerker' of 'gedragswetenschapper in de jeugdzorg' en/of zijn BIG-geregistreerd (bijv. als GZ-psycholoog). De richtlijn richt zich ook op professionals op een hbo-functie die jeugdhulp verlenen en vooraangemeld zijn voor beroepsregistratie bij het SKJ. Zij kunnen zich vanaf januari 2018 registreren als 'jeugd- en gezinsprofessional'. Omdat de uitwerking van de registratie nog in ontwikkeling is, houden we vooralsnog de aanduiding 'jeugdprofessional' aan. Verder kunnen ook andere professionals die met jeugdigen en hun ouders werken gebruik maken van de aanbevelingen uit de richtlijn.

Met sommige aanbevelingen kunnen alle jeugdprofessionals hun voordeel doen, andere aanbevelingen zijn vooral van toepassing op een geregistreerd beroep. Waar dit onderscheid van belang is, wordt bijvoorbeeld specifiek over 'gedragswetenschappers' dan wel over 'jeugdzorgwerkers' gesproken. Waar in de richtlijn gesproken wordt over 'daartoe gekwalificeerde jeugdprofessionals' wordt gerefereerd aan het benodigde niveau van bekwaamheid en specifieke deskundigheden in relatie tot de taak. Zie voor meer informatie www.professionaliseringjeugdhulp.nl.

Van deze richtlijn is een aparte cliëntversie gemaakt. Deze is primair bedoeld voor de cliënten: de jeugdigen² en hun ouders³.

1.2 Werkwijze

De *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* is ontwikkeld door de werkgroep. De werkgroep heeft de volgende uitgangsvragen geselecteerd waar de richtlijn een antwoord op geeft:

- Hoe kan ADHD gesignaleerd worden? Welke instrumenten zijn geschikt voor signalering en screening van ADHD? Uit welke activiteiten bestaat het diagnostisch proces, wanneer jeugdigen worden aangemeld met een vermoeden van ADHD? (Hoofdstuk 3)

1 De richtlijn geldt conform de Jeugdwet ook voor personen tot 23 jaar, wanneer zij voor hun achttiende al jeugdhulp ontvingen en deze na hun achttiende verjaardag doorloopt.

2 Met 'kinderen' worden jeugdigen van nul tot twaalf jaar bedoeld, onder 'jongeren' verstaan we jeugdigen van twaalf tot achttien jaar. De term 'jeugdigen' omvat dus zowel kinderen als jongeren. Waar 'kinderen', 'jongeren' of 'jeugdigen' staat kan ook 'het kind', 'de jongere' of 'de jeugdige' worden gelezen, en omgekeerd.

3 Als in dit document over 'ouders' wordt gesproken, kunnen dit de biologische ouders zijn, maar ook de pleeg-, adoptie- of stiefouders, de gezinshuisouders, de juridische ouders of andere volwassenen die de ouderrol vervullen. Waar 'ouders' staat kan ook 'een ouder' worden gelezen, en omgekeerd.



- Welk type interventie is het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in welke behandelsetting het meeste geëigend? (Hoofdstuk 4)
- Hoe kunnen jeugdprofessionals het gezin en de school ondersteunen bij farmacotherapie? (Hoofdstuk 4)
- Wat is een passend pedagogisch klimaat voor jeugdigen met ADHD? (Hoofdstuk 5)
- Welke specifieke opvoedtechnieken voor beroepsopvoeders die jeugdigen met ADHD in de klas hebben of in groepsverband behandelen (dagbehandeling en residentieel) dragen bij aan verbeteringen in het functioneren van jeugdigen met ADHD? (Hoofdstuk 5)
- Hoe kunnen beroepsopvoeders het functioneren van jeugdigen met ADHD op school en in andere leefomgevingen bevorderen? (Hoofdstuk 5)
- Welke gedragsmatige, pedagogische en andere niet-farmacologische interventies voor jeugdigen met ADHD zijn, al dan niet met speciale aanpassingen, expliciet onderzocht op een van de volgende aspecten, en wat is er bekend over hun geschiktheid voor de doelgroep jeugdigen met ADHD? Het gaat hierbij om kenmerken van de jeugdige zoals etniciteit, geslacht, leeftijd, verstandelijk niveau, en comorbiditeit, en kenmerken van de ouders, zoals psychische problemen en ervaren opvoedcompetentie. (Hoofdstuk 6)

De beantwoording van deze uitgangsvragen is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten.

1.3 Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal

Om de kwaliteit van wetenschappelijk bewijsmateriaal te kunnen beoordelen, werd bij deze richtlijn de Evidence Based Richtlijnontwikkeling (EBRO) systematiek gevolgd. In latere richtlijnen is deze methodiek vervangen door de systematiek van de Erkeningscommissie (Jeugd) interventies (Van Yperen & Van Bommel, 2009), met name omdat deze beter toegesneden is op de onderzoekspraktijk die in jeugdhulp en jeugdbescherming gangbaar is. Volgens deze laatste methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'.

De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ). Voor deze richtlijn is gebruik gemaakt van een conversietabel om van EBRO-conclusies naar DEJ-conclusies te komen.

In deze richtlijn zijn in hoofdstuk 3 (signalering, screening en diagnostiek) de kwaliteit van de conclusies gebaseerd op de kwaliteit van het onderzoekstype (CBO, 2005) en waar van toepassing is gebruik gemaakt van de COTAN om het instrument zelf op kwaliteit te beoordelen. In hoofdstuk 4 (interventies, behandeling en begeleiding) is de kwaliteit van de uitkomsten van internationaal onderzoek deels gebaseerd op de GRADE methodiek. Interventies voor de jeugdige zelf (paragraaf 4.5) zijn gebaseerd op de DEJ en beoordeeld door de Erkeningscommissie (Jeugd)interventies (Van Yperen & Van Bommel, 2009). In de volgende paragrafen volgt een korte beschrijving van de methodes van kwaliteitsbeoordeling.



Kwaliteit van onderzoekstype (hoofdstuk 3)

De kwaliteit van de gebruikte artikelen is beoordeeld met checklists van het *evidence based* richtlijnontwikkeling (EBRO)-platform die voor het betreffende onderzoekstype relevant zijn (CBO, 2005). Daarna zijn ze geordend naar methodologische kwaliteit. De hierbij gebruikte indeling is weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

Classificatie	Interventie	Diagnostisch accuratesseonderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.		
A2	Gerandomiseerd (dubbel)blind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang.	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, bij een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad.	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor <i>confounding</i> en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontroleonderzoek, cohortonderzoek).	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd.	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2, of retrospectief cohortonderzoek, of patiëntcontroleonderzoek.
C	Niet-vergelijkend onderzoek.		
D	Mening van deskundigen.		

Na een technische samenvatting van het wetenschappelijke bewijs volgt de klinisch inhoudelijke conclusie. Daarbij staat de belangrijkste literatuur vermeld waarop de conclusie gebaseerd is, inclusief het niveau van bewijs (tabel 1.2).

Tabel 1.2 Niveau van bewijs van conclusies

Niveau	Gebaseerd op
1	Minimaal één onderzoek van A1-niveau of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau.
2	Minimaal één onderzoek van A2-niveau, of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van B-niveau.
3	Minimaal één onderzoek van B- of C-niveau.
4	Mening van deskundigen.



COTAN

Voor signalerings- en screeningsinstrumenten wordt de COTAN geraadpleegd.

De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het NIP bevordert de kwaliteit van tests en testgebruik in Nederland. Verder informeert de COTAN testgebruikers over de stand van zaken op testgebied. De COTAN beoordeelt psychodiagnostische instrumenten (tests, vragenlijsten, observatieschalen enz.) met de volgende criteria:

- Uitgangspunten van de testconstructie
- Kwaliteit van het testmateriaal
- Kwaliteit van de handleiding
- Normen
- Betrouwbaarheid
- Begripsvaliditeit
- Criteriumvaliditeit

Zie verder: <http://www.cotandocumentatie.nl/>.

GRADE methode

Op basis van samengevatte literatuur (Systematic review met/zonder meta-analyse) is op het niveau van uitkomstmaat (bijvoorbeeld ADHD-symptomen) een inschatting gemaakt over de kwaliteit van het gevonden bewijs voor de effectiviteit van een interventie. (Guyatt, Oxman, Schünemann, Tugwell, & Knottnerus, 2011). Deze schatting is gemaakt met behulp van de volgende criteria:

- Methodologische beperkingen individuele studies (risk of bias);
- Inconsistentie van resultaten tussen studies (heterogeniteit);
- Indirect bewijs (is het bewijs toepasbaar op de gehele doelgroep? En zijn interventies onderling vergeleken);
- Onnauwkeurigheid resultaten (is het resultaat gebaseerd op genoeg patiënten? Is de effectschatting betrouwbaar en klinisch relevant?);
- Publicatie bias.

Beoordeling Erkeningscommissie (Jeugd)interventies

Interventies die worden aangemeld bij de Databank Effectieve Jeugdinterventies, worden beoordeeld door Erkeningscommissie (Jeugd)interventies (Van Yperen & Van Bommel, 2009). Deze beoordeling wordt met name gedaan omdat deze beter toegesneden is op de onderzoekspraktijk van de jeugdhulp en jeugdbescherming. Volgens deze methode worden bij de beoordeling van het wetenschappelijke materiaal zeven niveaus onderscheiden. Deze lopen uiteen van 'zeer sterk bewijs' tot 'zeer zwak bewijs'. De conclusies die uit de beoordeling van de wetenschappelijke studies voortvloeien, zijn weer in drie niveaus in te delen. Deze niveaus corresponderen met die van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ).



1.4 Betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijn

Cliënten (ouders van jeugdigen die jeugdhulp (hebben) ontvangen) zijn gedurende het hele proces bij de ontwikkeling van de richtlijn betrokken geweest. Zo hebben ze hun voorkeuren aangegeven bij het bepalen van de uitgangsvragen. Daarnaast hebben ze tijdens de proefimplementatie hun ervaringen met het werken vanuit de richtlijn kenbaar gemaakt. Verder is er een werkgroep van deze ervaringsdeskundigen (de zogenaamde 'cliëntentafel') geformeerd. De cliënten zijn door het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg (LCFJ)⁴ benaderd.

De cliëntentafel is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn geraadpleegd als er vragen waren. Door mee te denken over inhoud en formulering hebben de cliënten een grote bijdrage geleverd aan de praktische bruikbaarheid van de richtlijn. Dit geldt met name voor aspecten als de ongelijkheid tussen hulpverlener en cliënt, de ouder- en opvoedingsrelatie en zorgen om de jeugdige. De cliëntentafel heeft geadviseerd om hulpverlening vanuit de richtlijn te baseren op gedeelde besluitvorming. Om cliënten te informeren over de inhoud van de richtlijn, is voor ouders een cliëntversie van de richtlijn ontwikkeld, die van commentaar is voorzien door de cliëntentafel. De cliëntversie kan cliënten helpen om samen met de professional afwegingen te maken en beslissingen te nemen over de hulp die zij nodig hebben.

1.5 Bijstelling en herziening van de richtlijn

Deze richtlijn is gebaseerd op de kennis die tijdens het schrijven beschikbaar was. Nu de richtlijn is uitgebracht, wordt informatie verzameld over het gebruik van de richtlijn. De zo verzamelde feedback, maar ook nieuwe inzichten kunnen aanleiding zijn om de richtlijn bij te stellen. Het is gebruikelijk richtlijnen ongeveer eens in de vijf jaar te herzien, of eerder als daar aanleiding toe is. Gedurende de looptijd van het *Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming* (tot en met 2015) zag de Stuurgroep Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming toe op de bijstelling van de richtlijnen. Momenteel voert het Nederlands Jeugdinstituut in opdracht van de beroepsverenigingen (NIP, NVO en BPSW) het beheer en onderhoud van de richtlijnen uit.

1.6 Juridische betekenis van de richtlijn

Deze richtlijn beschrijft wat onder goed professioneel handelen wordt verstaan. De kennis die tijdens het schrijven van de richtlijn beschikbaar was, vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, maar ook over praktijkkennis en de voorkeuren van cliënten. Door deze kennis in kaart te brengen wil de richtlijn jeugdprofessionals houvast bieden. Het idee is dat zij de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen vergroten als ze de richtlijn volgen. Ook kan de richtlijn cliënten helpen om de juiste keuzes te maken.

Richtlijnen zijn geen juridische instrumenten. Dat wil zeggen dat ze geen juridische status hebben, zoals een wet, of zoals regels die op een wet gebaseerd zijn. Ze kunnen wel juridische betekenis hebben. Daarvoor moet de richtlijn allereerst door de beroepsgroep worden onderschreven. De nu voorliggende richtlijn is aangenomen door drie beroepsverenigingen

4 Het LCFJ is april 2012 gefuseerd met LOC zeggenschap in zorg.



(NIP, NVO en BPSW). Deze zijn representatief voor de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Samen werken ze aan het ontwikkelen van richtlijnen. Maar de juridische betekenis van een richtlijn hangt ook af van diens praktische bruikbaarheid. De richtlijn moet bijvoorbeeld niet te vaag of te algemeen gesteld zijn. Hij dient aan te geven waarop hij precies betrekking heeft, zonder zo 'dichtgetimmerd' te zijn dat er weinig of niets van de eigen verantwoordelijkheid van de professional overblijft. Kunnen jeugdprofessionals in de praktijk goed met de richtlijn uit de voeten, dan zegt dat iets over de kwaliteit en daarmee de waarde van die richtlijn.

Uitgangspunt is dat richtlijnen door de jeugdprofessional worden toegepast. Ze vormen immers de uitdrukking van wat er in het werkveld door de beroepsgroep als goed professioneel handelen wordt beschouwd. Daarom worden ze ook wel een 'veldnorm' genoemd. Richtlijnen zijn dus niet vrijblijvend, maar ook geen 'dictaat'. Dat wil zeggen dat ze niet bindend zijn: de jeugdprofessional kan ervan afwijken. Hij⁵ móet er zelfs van afwijken als daarmee – naar zijn oordeel – de belangen van de cliënt beter zijn gediend. De informatie in de richtlijn is namelijk niet het enige waarop de professional zich dient te baseren om tot goede zorg te komen. Hij dient ook de unieke situatie van de cliënt plus diens voorkeuren mee te wegen, en zich te houden aan wet- en regelgeving en het beroepsethische kader van zijn beroepsgroep. Correct gebruik van richtlijnen vooronderstelt dus het nodige vakmanschap.

Het is daarom van groot belang dat de beroepsbeoefenaar kan motiveren waarom hij van de richtlijn is afgeweken. Hij moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Om die reden moeten ze ook in het dossier worden opgenomen. Op deze manier kan de professional verantwoording afleggen over zijn beroepsmatig handelen. Niet alleen aan de cliënt, maar eventueel ook aan het Tuchtcollege.

1.7 Gedeelde besluitvorming

Het is van groot belang dat de jeugdprofessional de samenwerking aangaat met ouders en jeugdige, alle informatie met hen deelt en 'behandel'-opties samen met hen weegt. Bij gedeelde besluitvorming is de professional vanuit een tijdelijke en ondersteunende positie 'adviseur' bij afwegingen en beslissingen die de cliënt over zijn leven neemt, en partner in het hulpverleningsproces. De ervaringen en verwachtingen van de cliënt en zijn kijk op de problematiek en de aanpak ervan, horen hierbij leidend te zijn. Dat geldt ook bij kindbeschermingsmaatregelen en gesloten jeugdzorg. De keuzevrijheid van cliënten is in die situaties beperkt, maar ook (of misschien zelfs juist) dan is het belangrijk zoveel mogelijk oog te blijven houden voor keuzes die zij nog wél hebben. Gedeelde besluitvorming leidt tot beter geïnformeerde cliënten en er zijn sterke aanwijzingen dat het leidt tot betere resultaten van de hulpverlening.

Ouders en jeugdige kunnen pas echt als volwaardig partner goed afgewogen keuzes maken over de hulp die zij nodig hebben, als zij voldoende geïnformeerd zijn. De richtlijn kan hierbij helpen. De professional bespreekt de richtlijn met hen en wijst op het bestaan van de cliëntversie.

5 In deze richtlijn wordt met het oog op de leesbaarheid verder alleen de mannelijke vorm gehanteerd. Maar waar 'hij' staat kan uiteraard ook 'zij' gelezen worden.



Hij legt de stappen in het hulpproces uit op een manier die voor hen begrijpelijk is, gaat na of het inderdaad begrepen wordt en of hij hen begrijpt, houdt rekening met de emoties die zijn verhaal oproept en biedt ouders en jeugdige de ruimte om te reageren. Hij legt hun uit welke keuzemogelijkheden er zijn, om vervolgens samen na te gaan hoe zij tegen deze opties aankijken. Welke voorkeuren hebben ze en wat willen ze juist *niet*? Elke jeugdige heeft, ongeacht zijn leeftijd, het recht om zijn mening te geven. Aan deze mening wordt een passend gewicht toegekend, waarbij niet de leeftijd maar de capaciteiten van de jeugdige leidend zijn. Een jeugdige moet dan wel geïnformeerd zijn. De jeugdprofessional hoort dus duidelijk uit te leggen wat er speelt, op een niveau dat aansluit bij de capaciteiten van de jeugdige.

In principe volgt de professional bij de besluitvorming de voorkeur van ouders en jeugdige. Is de veiligheid van de jeugdige in het geding, dan kan dat mogelijk niet. De professional legt in zo'n geval duidelijk uit waarom hij een andere keuze maakt, en wat daarvan de consequenties zijn. Zo komt er een proces van gedeelde besluitvorming (*shared decision making*) op gang. Professionals, ouders én jeugdige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om het hulpproces te laten slagen. Zij moeten dus samenwerken. Onder samenwerking wordt verstaan dat de jeugdprofessional:

- luistert naar de verwachtingen en wensen van ouders en jeugdige. Deze zijn leidend in het hele proces. Maakt de professional een afwijkende keuze, dan legt hij uit waarom hij dat doet;
- ouders en jeugdige informeert (onder andere met behulp van deze richtlijn) over wat wel en niet werkt bij bepaalde problemen;
- ouders en jeugdige uitleg geeft over de verschillende stappen in het proces van diagnostiek en behandeling;
- ouders en jeugdige verschillende hulpmogelijkheden voorlegt die van toepassing zijn op hun situatie; de voor- en nadelen van elke optie bespreekt (liefst door cijfers/feiten ondersteund); en nagaat welke voorkeuren ouders en jeugdige hierin hebben;
- er voortdurend rekening mee houdt dat het ouders en jeugdige aan kracht, vaardigheden of inzicht kan ontbreken om optimaal van de aangeboden hulp gebruik te maken. Het expliciet delen van deze 'omstandigheden' en pogen hierover (meer) gedeeld perspectief te krijgen, is noodzakelijk om samen tot een besluit te komen;
- niet alleen oog heeft voor de jeugdige, maar voor het hele gezin;
- zich aanpast aan het tempo van ouders en jeugdige bij het doorlopen van het proces, tenzij de jeugdige acuut in gevaar is. In dat geval dient de jeugdprofessional uit te leggen waarom bepaalde stappen nu genomen moeten worden;
- zich ervan vergewist dat ouders en jeugdigen begrijpen wat gezegd en geschreven wordt, en nagaat of hij hen goed begrepen heeft;
- ouders bij een zorgsignaal zo snel mogelijk betreft;
- ouders, en waar mogelijk jeugdige, in een open sfeer uitnodigt tot samenwerking;
- open en niet-veroordelend luistert naar het individuele verhaal van elke ouder en elke jeugdige;
- open en niet-veroordelend luistert naar de problemen die ouders en jeugdige ervaren;
- oog heeft voor de mate waarin ouders, en eventueel jeugdige, zich gestuurd voelen dan wel vrijwillig hulp hebben gezocht;
- uitgaat van de kracht en motivatie van ouders om in de opvoeding bepaalde doelen te bereiken;
- met ouders en jeugdige afstemt wat reëel en 'goed genoeg' is.



Maar ook ouders, en indien van toepassing ook de jeugdigen, werken naar beste kunnen mee. Dit houdt in dat zij:

- zelf de regie hebben, mits zij het belang van de jeugdige (waaronder de veiligheid) voorop stellen;
- zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid en mogelijkheden om het hulpproces te laten slagen;
- bereid zijn tot samenwerking met de jeugdprofessional;
- openstaan voor de kennis en ervaring van de jeugdprofessional;
- vragen om advies en proberen iets met dat advies te doen;
- ondersteuning toestaan als zij zelf onvoldoende mogelijkheden hebben om een advies op te volgen;
- op tijd aangeven dat iets niet werkt of niet past;
- eventueel om extra ondersteuning en/of een andere jeugdprofessional vragen;
- zelf hun mening en ideeën naar voren brengen.

Gedeelde besluitvorming is dus zowel in het vrijwillige als in het gedwongen kader van toepassing. In het gedwongen kader kunnen er wel minder keuzeopties zijn, of kunnen er aan bepaalde keuzes andere voorwaarden of consequenties zijn verbonden. Dit maakt het hulpproces gecompliceerd, maar onderstreept het belang van een goede samenwerking. Ouders en jeugdige dienen ook bij hulp in een gedwongen kader uitvoerig geïnformeerd te worden over de eventuele keuzemogelijkheden, de maatregelen die worden genomen, en over hun rechten en plichten hierin. De professional dient regelmatig te vertellen welke stappen er worden gezet en wat er van ouders en jeugdige verwacht wordt. De professional moet zijn overwegingen en beslissingen zorgvuldig kunnen onderbouwen. Hij hoort hiervan aantekening te maken in het cliëntdossier.

1.8 Diversiteit

Om een goede werkrelatie te kunnen opbouwen, is goed contact met ouders en jeugdigen van belang. Nu vinden niet alle cliënten het even makkelijk om hulpverleners te vertrouwen. De jeugdprofessional moet daarom voldoende tijd nemen om dit vertrouwen te winnen. Ook is het raadzaam er rekening mee te houden dat ouders en jeugdigen een ander referentiekader kunnen hebben. Zij kijken bijvoorbeeld anders aan tegen de problematiek of hebben andere opvattingen over opvoeden. De jeugdprofessional hoort te onderzoeken welke verwachtingen cliënten hebben van het contact en de hulp, en zich bewust te zijn van zijn eigen verwachtingen. Ouders en jeugdigen kunnen ook weerstand hebben tegen de bemoeienis van (overheids) instanties bij de opvoeding. In zulke situaties is meer tijd nodig om het vertrouwen te winnen en een samenwerkingsrelatie op te bouwen.

Er zijn ook cliënten die niet goed met het gangbare schriftelijke materiaal uit de voeten kunnen, bijvoorbeeld doordat ze de taal niet goed machtig zijn, laag zijn opgeleid of een (licht) verstandelijke beperking hebben. Zij kunnen ook moeite hebben met bepaalde interventies, omdat deze uitgaan van een taalvaardigheid en een abstractievermogen dat bij hen niet voldoende aanwezig is. De jeugdprofessional doet er daarom goed aan te zorgen voor begrijpelijk voorlichtingsmateriaal, en voor een interventie te kiezen die aansluit bij de capaciteiten van zowel de ouders als de jeugdige.



1.9 Veranderingen in de zorg voor jeugd

Het kan voorkomen dat in de ene gemeente bepaalde interventies wel worden aangeboden en in de andere gemeente niet. Ook kan het aanbod binnen gemeenten per jaar verschillen. Bovendien kan het voorkomen dat aanbevolen interventies (voor onbepaalde tijd) helemaal niet beschikbaar zijn. Zoek in zo'n geval naar alternatief aanbod en meld daarnaast lacunes in het hulpaanbod bij de manager van de instelling. Gebruik de *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* daarbij als onderbouwing.

1.10 Leeswijzer

De *Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (met bijbehorende werkkaarten) is bedoeld voor jeugdprofessionals die met het onderwerp van deze richtlijn te maken hebben. De richtlijn vormt de neerslag van een groter document, namelijk de 'onderbouwing'. Deze onderbouwing is apart te raadplegen (Boer et al., 2016). Voor cliënten en andere geïnteresseerden is een cliëntversie van de richtlijn gemaakt. Ook deze is apart verkrijgbaar. Alle documenten zijn openbaar. Zie www.richtlijnenjeugdhulp.nl.

De richtlijn bestaat uit zes hoofdstukken, elk ingeleid met een of meer uitgangsvragen die in het hoofdstuk beantwoord zullen worden. Na de inleiding, hoofdstuk 1, wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op wat ADHD is. Daarbij worden zaken besproken als: hoe is ADHD te herkennen, hoe vaak komt het voor, hoe ontstaat het, en wat is het beloop gedurende de ontwikkeling? In hoofdstuk 3 komen signalering, screening en diagnostiek van ADHD aan bod, aangevuld met de meest gangbare signalerings-, screenings- en diagnostische instrumenten. Hoofdstuk 4 geeft een breed overzicht van de belangrijkste psychosociale interventies voor ADHD en informatie over de werkzaamheid ervan. Speciaal is aandacht besteed aan aandachtspunten voor de uitvoering in de praktijk en worden er aanbevelingen gedaan hoe de interventies het beste kunnen worden ingezet bij jeugdigen met ADHD. De omgeving van de jeugdige met ADHD, of dit nu het gezin, de school of de (semi)residentiële groepssetting betreft, heeft invloed op de ontwikkeling van die jeugdige. Vormgeving van een gezonde omgeving is dan ook uiterst belangrijk. Daarnaast is samenwerking tussen gezin, school en jeugdprofessionals van groot belang. Deze onderwerpen komen in hoofdstuk 5 uitgebreid aan de orde. Factoren die mogelijk invloed kunnen hebben op de werkzaamheid van een *evidence based* behandeling zijn bijvoorbeeld etniciteit, sociaal economische status, geslacht, leeftijd, intelligentie en comorbiditeit. In hoofdstuk 6 wordt hierop ingegaan. Er zijn altijd jeugdigen die wel en jeugdigen die niet van een behandeling profiteren. Achterhalen of er bepaalde subgroepen zijn die meer of minder goed reageren op bepaalde *evidence based* interventies is dan ook van groot klinisch belang.



Hoofdstuk 2

Wat is ADHD?



Dit hoofdstuk geeft informatie over het herkennen en diagnosticeren van jeugdigen waarbij sprake is van ADHD of een vermoeden daarvan. Informatie wordt gegeven over het vaststellen van de stoornis ADHD volgens de *Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders Fifth Edition* (American Psychiatric Association, 2013), over de prevalentie van ADHD, de kwestie comorbiditeit, de etiologie en het beloop van ADHD gedurende de ontwikkeling. Voor dit hoofdstuk is onder meer gebruik gemaakt van de *Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) ADHD* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005), het rapport over ADHD van de Gezondheidsraad (2014) en gegevens uit de recente onderzoeksliteratuur die naar de mening van de werkgroep algemeen geaccepteerd zijn.

2.1 Normaal, overmatig of problematisch gedrag

Alle menselijke kenmerken kennen variatie, zo ook beweeglijkheid. Beweeglijkheid varieert in de loop van de dag (weinig in diepe slaap, veel bij bijvoorbeeld hardlopen), in de loop van het leven (gemiddeld meer bij jonge kinderen dan bij oudere) en van mens tot mens. Iemands gemiddelde niveau van beweeglijkheid is een onderdeel van zijn temperament. Elk temperamentstype kent, afhankelijk van de situatie, voor- of nadelen. Dit geldt ook voor een drukke of juist kalme aard. Wat voor beweeglijkheid geldt, is ook van toepassing op aandacht. Die is variabel al naar gelang de omstandigheden, de levensfase en de persoon. Aandacht kan gericht, maar ook vluchtig zijn. Beide uitersten, maar ook de niveaus van aandacht daartussenin, brengen risico's en kansen met zich mee, afhankelijk van de situatie.

Wanneer een jeugdige zo beweeglijk, impulsief is en/of zo snel is afgeleid dat zijn functioneren er in negatieve zin door wordt beïnvloed in meerdere situaties (gezin, school, werk, verenigingen), is er sprake van overmatigheid. Van ADHD wordt gesproken als deze overmatigheid tot (ernstige) beperkingen van het functioneren leidt. De diagnose ADHD kan dus pas gesteld worden bij aanwezigheid van voldoende symptomen die optreden in meerdere sociale situaties en die leiden tot ernstige beperkingen in het functioneren.

Tussen jeugdigen met ADHD bestaan net zo veel verschillen als tussen 'gewone' jeugdigen. Jeugdigen met ADHD verschillen ook in mate van ADHD-gedrag. Ze zijn dus niet altijd en ook niet allemaal even druk, impulsief of ongeconcentreerd.

2.2 ADHD herkennen

Ouders, medewerkers van de kinderopvang/peuterspeelzaal of de school, de huisarts of medewerkers van de jeugdgezondheidszorg (tijdens het periodiek geneeskundige onderzoek) zijn vaak de eersten die constateren dat er iets met een kind of jongere aan de hand zou kunnen zijn. Soms twijfelen mensen of er sprake is van afwijkend gedrag, soms wordt direct aan ADHD gedacht. Voor alle duidelijkheid: het is pas ADHD, als er een diagnose is gesteld door een daartoe bevoegde en bekwame professional (zie hoofdstuk 3).

ADHD gedragskenmerken verschillen per leeftijd. Voorbeelden van leeftijdsgebonden uitingen van onoplettend gedrag, hyperactiviteit en impulsiviteit staan in tabel 2.1. (Taylor & Sonuga-Barke, 2008).



Tabel 2.1 Voorbeelden van typische ADHD-kenmerken op verschillende leeftijden

	Kleuterschool	Basisschool	Adolescentie
Onoplettend	Kort spel (<3 min); activiteiten niet afmaken; niet luisteren	Korte activiteiten (<10 min); te vroeg veranderen van activiteit; vergeetachtig; chaotisch; afgeleid door de omgeving	Minder doorzetten dan leeftijdgenoten (<30 min); let niet op details van een taak; slecht vooruit plannen
Hyperactief	'Wervelwind'	Onrustig wanneer rust is vereist	Ongedurig
Impulsief	Luistert niet; geen gevoel voor gevaar (moeilijk te onderscheiden van oppositionaliteit)	Niet op de beurt wachten, andere kinderen onderbreken, en een antwoord er uit gooien; zonder na te denken regels overtreden; storend opdringerig t.o.v. leeftijdgenoten ('intrusief'); ongelukken	Zwakke zelfcontrole; roekeloos risico's nemen

2.3 Diagnose ADHD volgens de DSM-5

Definitie van ADHD

In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) wordt gesproken van aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis (ADHD). ADHD wordt in de DSM-5 tot de neurobiologische ontwikkelingsstoornissen gerekend en verwijst naar een hardnekkig patroon van onoplettendheid en/of hyperactiviteit-impulsiviteit dat het dagelijkse functioneren of de ontwikkeling in significante mate belemmert.

Diagnose ADHD volgens DSM-5

Voor het stellen van de diagnose ADHD zijn volgens de DSM-5 de volgende criteria belangrijk (zie bijlage 1):

- *Het symptoomcriterium*: de aanwezigheid van zes of meer symptomen van negen aandachtstekort symptomen, ofwel de aanwezigheid van zes of meer symptomen van negen hyperactiviteit-/impulsiviteitsymptomen, ofwel zes of meer symptomen van beide (aandachtstekort en hyperactiviteit-impulsiviteit) typen symptomen (zie tabel 2.2).
- *Het leeftijdscriterium*: meerdere van de symptomen van hyperactiviteit-impulsiviteit of onoplettendheid die beperkingen veroorzaken waren vóór het twaalfde jaar aanwezig.
- *Het contextcriterium*: enkele beperkingen uit de groep symptomen zijn aanwezig op twee of meer terreinen (bijvoorbeeld op school of werk, met vrienden of thuis). De symptomen moeten aanwezig zijn in meer dan één context. Dus niet alleen in het gezin, of alleen op school.
- *Het beperkingscriterium (impairment)*: er moeten duidelijke aanwijzingen zijn dat de symptomen het sociale of schoolfunctioneren belemmeren of de kwaliteit ervan verminderen.
- *Het 'andere stoornissen criterium'*: de symptomen kunnen niet verklaard worden door een andere diagnose (bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, angststoornis of een oppositionele-opstandige stoornis; in de DSM-IV was dit de 'oppositieel-opstandige gedragsstoornis').



In de DSM-5 wordt de ernst van de ADHD-symptomen gespecificeerd als licht, matig of ernstig:

- *Licht*: niet of nauwelijks meer symptomen dan vereist zijn om de classificatie te kunnen toekennen zijn aanwezig en de symptomen leiden slechts tot lichte beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren.
- *Matig*: er zijn symptomen of functionele beperkingen tussen 'licht' en 'ernstig' aanwezig.
- *Ernstig*: veel meer symptomen dan vereist zijn om de classificatie te kunnen toekennen zijn aanwezig, of verschillende bijzonder ernstige symptomen zijn aanwezig of de symptomen leiden tot duidelijke beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren.

In de DSM-5 worden drie beelden (presentaties) van ADHD onderscheiden:

- Het *overwegend onoplettende beeld*: er is vooral sprake van ernstige en aanhoudende aandachtsproblemen.
- Het *overwegend hyperactieve/impulsieve beeld*: er is vooral sprake van ernstige en aanhoudende impulsiviteit en hyperactiviteit.
- Het *gecombineerde beeld*: beide soorten problemen komen samen voor.

Bij jeugdigen met ADHD-symptomen die niet volledig voldoen aan de criteria, maar bij wie wel sprake is van klinisch significante beperkingen in het functioneren, spreekt men van ongespecificeerde aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis.

Opvallende gedragskenmerken (zie tabel 2.2) kunnen de jeugdprofessional helpen om eventuele ADHD te herkennen, niet om ADHD vast te stellen. Vaststellen van ADHD kan pas na zorgvuldige diagnostiek (zie hoofdstuk 3).

Tabel 2.2 Voorbeelden van opvallende gedragskenmerken bij ADHD

ADHD, overwegend hyperactief-impulsief beeld	ADHD, overwegend onoplettend beeld
<ul style="list-style-type: none">- moeilijk stil kunnen blijven zitten;- moeilijk op zijn beurt kunnen wachten;- van de ene activiteit naar de andere hollen;- niet rustig kunnen spelen;- overdreven veel praten;- anderen in de rede vallen;- zich vaak in gevaarlijke situaties storten;- zichzelf moeilijk kunnen afremmen.	<ul style="list-style-type: none">- snel afgeleid zijn;- dromerig zijn;- passief lijken;- teruggetrokken zijn;- ongeorganiseerd en vergeetachtig zijn;- niet lijken te luisteren;- niet luisteren naar wat anderen zeggen;- vaak dingen kwijt zijn;- gemakkelijk afgeleid worden;- moeite hebben met het sociale gebeuren in de klas/omgeving;- moeilijk instructies kunnen volgen;- veel kwijtraken of vaak iets verliezen;- moeilijk blijvend de aandacht kunnen richten;- moeite aandacht bij taken of spelactiviteiten te houden.

2.4 Ontstaan

Jeugdigen die voldoen aan de DSM-5 criteria van ADHD kunnen de diagnose krijgen. Daarmee is echter nog niets gezegd over de oorzaak van de verschijnselen. De term ADHD wordt nogal eens ten onrechte als 'verklaring' aangevoerd van het drukke of ongeconcentreerde gedrag. Het drukke en impulsieve of onoplettende gedrag wordt echter niet verklaard door ADHD; de term ADHD is juist een beschrijving van dat drukke, impulsieve en/of onoplettende gedrag. De verklaring wordt gezocht in een complex samenspel van genetische, neurobiologische en omgevingsfactoren (Danckaerts & Westermann, 2014). ADHD is hierin niet uniek, want inmiddels is van vrijwel alle psychische stoornissen bij jeugdigen bekend dat zij berusten op een samenspel van aangeboren en omgevingsfactoren, en dat het aandeel van die factoren per jeugdige kan verschillen.

Er zijn verschillende veronderstellingen over de mechanismen die bij jeugdigen met ADHD verstoord zouden zijn en die hun gedrag kunnen verklaren. Ze worden hieronder genoemd. Het is goed als jeugdprofessionals hiermee bekend zijn.

Recente neurobiologische theorieën over ADHD gaan ervan uit dat de problemen die jeugdigen met ADHD in hun dagelijkse leven ondervinden op het gebied van aandacht, impulsiviteit en hyperactiviteit te maken hebben met stoornissen in 'executieve functies' en motivatie (Barkley, 2014; Nigg, 2006). Executieve functies zijn cognitieve controle processen die het reguleren van gedrag, gedachten en emoties mogelijk maken; ze stellen ons in staat tot zelfcontrole. Onderzoek laat zien dat het executief functioneren van jeugdigen met ADHD afwijkt van dat van jeugdigen met een normale ontwikkeling (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone, & Pennington, 2005).

Executieve functies stellen een persoon in staat om optimaal tegemoet te komen aan de eisen die de omgeving stelt. Gewoontes en routines die dreigen te leiden tot inadequaat gedrag kunnen worden gestopt ('inhibitie'), er kan overgeschakeld worden op alternatief gedrag ('schakelen') wanneer dat passender is (Barkley, 2012). Voordat tot actie wordt overgegaan kunnen alle voor- en nadelen van het gedrag nog even mentaal op een rijtje worden gezet door de toekomstige situatie mentaal in te beelden of soortgelijke situaties uit het verleden op te roepen (het 'werkgeheugen' als tijdmachine). Hiermee is het mogelijk plannen te maken alvorens deze uit te voeren om aldus te anticiperen op het handelen, alternatieven te overdenken en te overwegen, het eigen en andermans gedrag te monitoren en aan te passen aan veranderende situaties. Maar ook om over de eigen gedachten en emoties na te denken, een metacognitieve vaardigheid, die belangrijk is voor doelgericht gedrag en zelfregulatie (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

Kinderen en jongeren worden in de loop van hun ontwikkeling vaardiger in het gebruik van de drie executieve functies, de ontwikkeling ervan verschilt echter per functie (Huizinga, 2006). Het vermogen om gedrag te remmen zou rond het vierde levensjaar al in zekere mate ontwikkeld zijn. Werkgeheugen en het vermogen om te schakelen kennen een langere ontwikkelingsduur, doorlopend tot in de adolescentie en de volwassenheid (Best & Miller, 2010).



Een tweede theoretische benadering stelt dat ADHD samenhangt met een verminderde gevoeligheid voor bekrachtiging (Haenlein & Caul, 1987; Sergeant, Oosterlaan, & Van der Meere, 1999). Jeugdigen met ADHD reageren anders op beloningen dan jeugdigen zonder ADHD. Zij hebben een voorkeur voor directe beloningen en een afkeer van uitgestelde beloningen. Ook hebben ze sterkere bekrachtigers nodig dan jeugdigen zonder ADHD om optimaal te presteren, hun aandacht vast te houden en om gepast gedrag te laten zien. Wanneer bekrachtigers sterk en frequent zijn, kan dat de motivatie van jeugdigen met ADHD optimaliseren en kan het hun cognitieve prestaties dichterbij het niveau brengen van jeugdigen zonder ADHD (Dovis, Van der Oord, Wiers, & Prins, 2015; Luman, Oosterlaan, & Sergeant, 2005).

De ouder-kindinteracties in gezinnen met een jeugdige met ADHD worden vaak, maar zeker niet altijd, gekenmerkt door spanning en conflicten. Er is tussen ouders en jeugdige vaker sprake van een negatief interactiepatroon: er wordt meer gecommandeerd, meer afgekeurd en minder vaak beloond dan door ouders van jeugdigen zonder ADHD (Johnston, Mash, Miller, & Ninowski, 2012). Hoewel de aanwezigheid van dwars en opstandig gedrag samenhangt met een deel van deze negatieve ouder-kindinteracties, zijn deze afwijkende interactiepatronen ook bij ouders van jeugdigen met alleen ADHD te zien. De huidige opvatting is dat problematische ouder-kindrelaties ADHD-gedrag wel in stand kunnen houden of verheviggen, maar niet veroorzaken (Prins & Van der Oord, 2014).

2.5 Controverse rondom de diagnose ADHD

In de wetenschap, media en maatschappij wordt gediscussieerd over de vraag of ADHD een op zichzelf staande stoornis is of een extreme variant van normaal gedrag. Het feit dat ADHD waarschijnlijk een extreme variant van normaal gedrag is, heeft geleid tot de maatschappelijke discussie of de diagnose soms te gemakkelijk wordt gesteld (Gezondheidsraad, 2014). Op deze vraag valt geen absoluut antwoord te geven, omdat de beoordeling of de ADHD-kenmerken tot significante beperkingen leiden, onvermijdelijk deels subjectief is. Er zijn jeugdigen waarover iedereen het eens zal zijn dat dit zo is, zoals er ook jeugdigen zijn waarover iedereen het eens zal zijn dat dit niet zo is. Het is de groep daartussenin die tot meningsverschil kan leiden.

2.6 Epidemiologie

Wereldwijd is de gemiddelde prevalentie van ADHD bij jeugdigen 5.3 procent (Polanczyck, De Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Uit een epidemiologisch onderzoek van psychopathologie bij kinderen en jongeren uit 44 culturen blijkt dat Nederland niet noemenswaardig verschilt van andere landen wat betreft het vóórkomen van stoornissen (Gezondheidsraad, 2014). In een meta-analyse van prevalentie-onderzoeken naar ADHD loopt de prevalentie uiteen van 4 tot 13 procent (Willcutt, 2012). Vooral methodologische verschillen tussen de studies verklaren de verschillen tussen de prevalentiecijfers. Wanneer men voor deze methodologische verschillen corrigeerde (bijvoorbeeld: Zijn de ouders, leerkrachten of experts de informant? Welke diagnostische criteria zijn gebruikt?) werd een lagere prevalentie, tussen de 5.9 en 7.1 procent, gevonden. Geen enkele studie in dit onderzoek beoordeelde echter het disfunctioneren in meerdere situaties (het contextcriterium, zie paragraaf 2.3). Zou men dit wel gedaan hebben, dan zou de prevalentie waarschijnlijk nog lager liggen. De Gezondheidsraad (2014) concludeert dat er in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) van wordt



uitgegaan dat 5 procent van de jeugdigen lijdt aan ADHD-kenmerken in zodanige mate dat zij last of belemmering ervaren.

ADHD komt meer voor bij jongens dan bij meisjes. In algemene bevolkingsonderzoeken wordt gevonden dat twee tot drie maal zoveel jongens als meisjes ADHD hebben, terwijl bij jeugdigen die in behandeling zijn het aantal jongens wel drie tot negen maal hoger kan liggen dan het aantal meisjes (Danckaerts & Westermann, 2014). Vaak wordt gesteld dat meisjes meer het overwegend onoplettende beeld van ADHD hebben en daarom minder opvallen en verwezen worden naar jeugdhulp, terwijl jongens vooral gediagnosticeerd worden omdat ze naast ADHD ook andere gedragsstoornissen vertonen. Jongens, met andere woorden, zorgen voor 'overlast' en komen daarom sneller in de hulpverlening. Onderzoek wijst echter uit dat alle vormen van ADHD minder bij meisjes voorkomen, dat de mate waarin de verschillende beelden van ADHD bij jongens en meisjes voorkomen veelal hetzelfde is (Danckaerts & Westermann, 2014).

2.7 Comorbiditeit

ADHD gaat vaak samen met andere problemen en stoornissen. Men spreekt dan van comorbiditeit. In een onderzoek in zowel de algemene bevolking als in klinische steekproeven bleek ADHD in 60 tot 100 procent samen te gaan met minstens één andere psychische stoornis (Gillberg et al., 2004). In ruim de helft van de gevallen gaat ADHD samen met andere gedragsproblemen en gedragsstoornissen zoals de oppositioneel-opstandige stoornis en in mindere mate de 'normoverschrijdend-gedragstoornis'. In de late adolescentie en de volwassenheid komt ADHD veel samen voor met verslavingsproblemen (Wilens, 2011).

Bij ongeveer een derde van de jeugdigen met ADHD is er ook sprake van leerproblemen, variërend van leesproblemen (dyslexie) tot rekenproblemen (dyscalculie) (DuPaul, Gormley, & Laracy, 2013). Het is niet duidelijk waarom ADHD en leerstoornissen zo vaak samen voorkomen en evenmin of leerstoornissen al dan niet het gevolg zijn van ADHD. Ongeveer een kwart van de jeugdigen met ADHD heeft last van angst- of stemmingproblemen. Verder heeft ongeveer een kwart tot de helft slaapproblemen en ongeveer de helft problemen met de motorische coördinatie (Prins & Van der Oord, 2014). Ongeveer 20 procent van de jeugdigen met ADHD heeft ook een ticstoornis (Banaschewski, Neale, Rothenberger, & Roessner, 2007). De afgrenzing van ADHD met andere ontwikkelingsstoornissen zoals een Autisme Spectrum Stoornis is niet altijd eenvoudig; jeugdigen met ADHD vertonen vaak ook kenmerken van autisme (Gargaroa, Rhineharth, Bradshawa, Tonge, & Sheparda, 2011).

Bij jeugdigen met ADHD kan zich bovendien, soms in combinatie met de eerder genoemde stoornissen, een antisociale of een borderline persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen. Men kan stellen dat het hebben van ADHD op zichzelf een risicofactor is voor het ontwikkelen van andere problemen.

ADHD-symptomen kunnen ook optreden als onderdeel van andere psychische stoornissen of daar soms zelfs het eerste verschijnsel van zijn (Gillberg et al., 2004). In dat geval is er geen sprake van comorbiditeit, maar moet een andere diagnose worden gesteld. Zolang dit niet met zekerheid kan gebeuren, moet deze mogelijkheid als 'differentiaal diagnose' worden overwogen.



Het is dus denkbaar dat bij screening ADHD wordt gevonden, maar dat het feitelijk gaat om een vroeg stadium van een andere psychische stoornis, bijvoorbeeld autisme, een bipolaire stoornis of een ticstoornis (Gillberg et al., 2004).

In deze richtlijn wordt niet ingegaan op de diagnostiek en behandeling van deze zo vaak bij jeugdigen met ADHD voorkomende stoornissen. Daarvoor wordt verwezen naar richtlijnen die betrekking hebben op die stoornissen. Dit neemt niet weg, dat het voor de jeugdprofessional noodzakelijk is om kennis van deze comorbide stoornissen te hebben.

2.8 Beloop

Er is lang verondersteld dat ADHD een rijpingsprobleem was dat vanzelf zou verdwijnen met het ouder worden. Het blijkt echter gecompliceerder. Bij één op de drie jeugdigen verdwijnen de symptomen vrijwel helemaal (Biederman, Mick, & Faraone, 2000). Bij één van elke drie behandelde jeugdigen blijven de klachten in een iets lichtere, maar nog altijd hinderlijke vorm bestaan. Bij één van elke drie behandelde jeugdigen met ADHD blijft de diagnose ook na het achttiende jaar van kracht (Biederman et al., 2000). Volwassenen met ADHD blijken nog steeds veel klachten te ervaren en vallen vaak uit op meerdere domeinen, bijvoorbeeld op het werk (Barkley, Murphy, & Fischer, 2008; De Graaf et al., 2008). Voor hen is het een chronische aandoening geworden.

Naarmate jeugdigen ouder worden verandert het beeld van de ADHD-problematiek (zie ook tabel 2.1). Staan in de vroege kinderjaren de hyperactiviteit en impulsiviteit vaak op de voorgrond, bij jongeren in de adolescentie vallen vooral de problemen met aandacht, planning en het organiseren van het dagelijkse leven op (Sibley et al., 2012). Aandachtsproblemen nemen met de leeftijd minder sterk af dan de hyperactiviteit en impulsiviteit. Het hyperactief-impulsieve symptoomcluster valt vooral op in de kleutertijd en basisschooljaren, maar neemt af met het ouder worden en is vaak minder hevig in de adolescentie. Deze ontwikkeling kan een teken zijn van een normaal rijpingsproces. De aandachtsproblemen beginnen juist op te vallen bij het begin van de basisschool (bijvoorbeeld omdat de school hogere eisen stelt aan zelfregulatie) en blijven stabiel tot in de adolescentie. Het hyperactief-impulsieve gedragsbeeld in de kleutertijd gaat dus bij aanvang van de basisschool over in het gecombineerde beeld. Ook de aard van het impulsieve gedrag verandert met de leeftijd. Typisch waarneembaar hyperactief gedrag (drukke motoriek, lawaaiig zijn, veel praten) verandert in meer subtiele vormen van impulsiviteit wanneer jeugdigen ouder worden. Deze veranderingen in presentatie van de ADHD-kenmerken krijgt nog onvoldoende aandacht in de diagnostiek: gedragingen die typisch zijn voor jonge kinderen met ADHD, zijn dit niet voor adolescenten met ADHD (Nigg, Hinshaw, & Huang-Pollock, 2006; zie ook tabel 2.1). De recente aanpassingen in de DSM-5 (met voorbeelden van typische gedragingen per leeftijdsfase) komen gedeeltelijk aan dit bezwaar tegemoet.

De verandering van symptomen verloopt waarschijnlijk niet lineair. Wanneer een jeugdige met ADHD verandert van milieu, bijvoorbeeld naar de middelbare school gaat, dan kan dit een (soms tijdelijke) afname, toename of verandering van ADHD-symptomen met zich meebrengen (Langberg, Epstein, Altaye, Molina, Arnold, & Vitiello, 2008).



Het beloop van ADHD kenmerkt zich verder door een hoog risico op schooluitval (ongeveer 35 procent), verkeersongevallen, het hebben van geen of weinig vrienden (ongeveer 60 procent), betrokken raken bij antisociale activiteiten (ongeveer 45 procent) en het ontwikkelen van middelenmisbruik in de adolescentie. Het gebruik van middelen, alcohol en sigaretten komt vaker voor bij adolescenten die als kind de diagnose ADHD hebben gekregen dan bij adolescenten voor wie dat niet het geval is, maar dit kan gemedieerd zijn door de aanwezigheid van comorbide gedragsstoornissen (Prins & Van der Oord, 2014; Yoshimasu et al., 2012).





Hoofdstuk 3

Signalering, screening en diagnostiek



In dit hoofdstuk worden de volgende uitgangsvragen beantwoord:

- Hoe kan ADHD gesignaleerd worden?
- Welke instrumenten zijn geschikt voor signalering en screening van ADHD?
- Uit welke activiteiten bestaat het diagnostisch proces, wanneer jeugdigen worden aangemeld met een vermoeden van ADHD?

3.1 Signalering

Signaleren is het proces waarbij ouders/verzorgers en leerkrachten, al dan niet in samenspraak met de huisarts, kinderarts, jeugdarts/jeugdverpleegkundige of een jeugdprofessional, bepaalde problemen in de ontwikkeling of het functioneren opmerken of bepaalde kenmerken in het gedrag van de jeugdige als opvallend beoordelen en het vermoeden hebben dat deze kenmerken de normale cognitieve, sociaal-emotionele en/of schoolse ontwikkeling belemmeren.

Een goede samenwerking tussen ouders, leerkrachten en betrokken professionals is van belang om psychosociale problemen bij jeugdigen vroegtijdig te signaleren. Instrumenten kunnen bijdragen aan het sneller signaleren van verschillende psychosociale problemen bij jeugdigen en, meer specifiek, van mogelijke symptomen van ADHD. De *Jeugdgezondheidszorg (JGZ)-richtlijn ADHD* (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015) geeft hierover meer informatie (www.ncj.nl/richtlijnen/jgzrichtlijnenwebsite). Signaleringsinstrumenten hebben een brede focus op psychosociale en ontwikkelings- en gedragsproblemen. Het doel hiervan is de ontwikkeling van het kind en de jongere te monitoren en mogelijke ontwikkelings- en gedragsproblemen op te sporen.

Te zetten stappen

Eerste stap: bespreek met de ouders van de jeugdige als opvalt dat deze meer dan gemiddeld druk of impulsief gedrag vertoont en/of meer dan gemiddeld concentratieproblemen heeft en daarvan duidelijke problemen ondervindt. Bij oudere jeugdigen, zeker bij pubers, is het daarnaast van belang om met de jeugdige zelf te spreken. Wanneer ouders of jeugdigen zélf signaleren dat er problemen zijn die aan ADHD doen denken en dit bespreken, is het essentieel om de ouders en/of jeugdige serieus te nemen.

Verhelder in het gesprek:

- de mate waarin de geobserveerde concentratieproblemen, hyperactiviteit en/of impulsiviteit passen of juist niet passen bij het ontwikkelingsstadium van de jeugdige. Hierbij dient men zich te realiseren dat vooral op jonge leeftijd specifieke ADHD-symptomen moeilijk te onderscheiden zijn van normale ontwikkelingsverschijnselen. Moeite met de aandachtsregulatie, afleidbaarheid, hyperactiviteit en impulsiviteit zijn op bepaalde momenten, bijvoorbeeld in de peuter- en kleuterleeftijd, volstrekt normale observaties;
- de mate waarin de geobserveerde problemen in het sociaal-emotionele en/of schoolse functioneren van de jeugdige belemmeren (denk bijvoorbeeld aan problemen met vriendschappen, achterblijvende schoolresultaten, weinig zelfvertrouwen, problemen in de relatie tussen ouders en kind).



Laat een ter zake kundige arts beoordelen of lichamelijk onderzoek moet worden gedaan om somatische aandoeningen uit te sluiten, zoals visus- of gehoorproblemen. Voor meer informatie over het lichamelijk onderzoek en wie dit kan uitvoeren, wordt verwezen naar de *JGZ-richtlijn ADHD* (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015).

Tweede stap: verkrijg informatie van leerkrachten of andere informanten over het gedrag van de jeugdige. Jeugdigen kunnen thuis en op school, kinderdagverblijf of peuterspeelzaal verschillend gedrag vertonen, omdat de setting verschillende eisen aan de zelfregulatie van de jeugdigen stelt. Van belang hierbij is dat ouders (en oudere jeugdigen) expliciet toestemming geven om informatie over het functioneren van de jeugdige te vragen aan andere informanten. Bij voorkeur zijn ouders (en eventueel de jeugdige) aanwezig bij eventuele gesprekken of overleggen en moeten zij schriftelijke informatie kunnen inzien.

Om bij jeugdigen ADHD-symptomen vroeg te kunnen identificeren hebben ouders en professionals gedegen kennis nodig over de algemene ontwikkelingsfasen die een jeugdige doorloopt, met de daarbij behorende gedragskenmerken per ontwikkelingsfase, en over de kenmerken van ADHD. Bij jeugdigen op jonge leeftijd zijn specifieke ADHD-symptomen moeilijk te onderscheiden van normale gedragspatronen. Moeite met de aandachtregulatie, afleidbaarheid, hyperactiviteit en impulsiviteit zijn in de peuter- en kleuterleeftijd volstrekt normale verschijnselen. Zijn er kenmerken die ADHD doen vermoeden, maar zijn deze nog geen belemmering voor de jeugdige thuis en op school, dan is het aan te raden om de jeugdige nauwer te volgen, zonder meteen door te verwijzen voor diagnostiek.

Juist de jeugdigen die in de basisschool periode niet opvallen maar wel ADHD-gedragskenmerken laten zien, kunnen in de problemen komen op het voortgezet onderwijs. Te denken valt hierbij aan jeugdigen met vooral aandachts- en concentratieproblemen.

3.2 Screenen

Screenen wordt gedaan wanneer een vermoeden op ADHD ontstaat in de signaleringsfase. Binnen veel instellingen voor jeugdhulp is screenen een eerste onderdeel van de diagnostische fase. Hiertoe kunnen meer specifieke screeningsinstrumenten worden ingezet, waarbij wordt gekeken of er voldoende ADHD-gedragskenmerken en beperkingen in het functioneren zijn om het vermoeden van ADHD te ondersteunen.

De uitkomsten op de instrumenten dienen altijd geplaatst te worden binnen de klinische context. Dat wil zeggen dat de eigen indruk van de professional, de observaties en informatie uit de omgeving van de jeugdige van ouders en leerkrachten essentieel zijn. Voor alle instrumenten geldt dat de uitslagen gewogen moeten worden door een professional met ervaring in het beoordelen van jeugdigen met ADHD.

De keuze van de instrumenten wordt mede bepaald door praktische voor- en nadelen van een instrument, zoals: hoe bevalt het instrument de ouders en de professionals, wat zijn de tijdsbesteding en kosten, welke instrumenten worden in de praktijk veel gebruikt?



Wanneer uit de scores van het screeningsinstrument naar voren komt dat de jeugdige mogelijk kenmerken van ADHD heeft, wordt doorverwezen voor verdere diagnostiek. Screening alléén kan namelijk geen uitsluitsel geven over het al dan niet voldoen aan de criteria voor ADHD. Hiervoor is gedegen en uitgebreide diagnostiek noodzakelijk. Wanneer sprake is van ADHD, worden interventies ter ondersteuning aangeboden, zoals voorlichting en begeleiding voor ouders en leerkrachten (zie hoofdstuk 4).

Screeningsinstrumenten kunnen ook ingezet worden als monitorinstrument tijdens de behandeling of in de nazorgfase. Uitgebreide en gedetailleerde informatie over de signalerings- en screeningsinstrumenten voor jeugdigen jonger en ouder dan zes jaar is te vinden in hoofdstuk 4 van de onderbouwing van de richtlijn (Boer et al., 2016). Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de *JGZ-richtlijn ADHD* (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015) waarvan de tekst (vrijwel) geheel overgenomen is.

Voor jeugdigen onder de zes jaar geldt dat in veel gevallen de symptomen van ADHD nog onvoldoende herkend kunnen worden. In de DSM-5 is echter geen ondergrens voor het stellen van de diagnose opgenomen. Omdat er weinig bekend is over de psychometrische kwaliteit van screeningsinstrumenten voor ADHD bij kinderen jonger dan zes jaar, hebben de aanbevelingen over screeningsinstrumenten alleen betrekking op instrumenten voor jeugdigen van zes jaar en ouder.

Aandachtspunten bij het signaleren en screenen:

- Signalen van ADHD kunnen zeer divers zijn en zijn niet in alle situaties observeerbaar. Impulsief, hyperactief gedrag of aandachtsproblemen worden in een één-op-één situatie niet altijd waargenomen. Ook in nieuwe situaties, zoals een eerste bezoek aan een instelling, zijn hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen vaak niet merkbaar aanwezig. Hier zijn immers krachtige gunstige omgevingsinvloeden aan het werk, zoals een nieuwe of wat intimiderende omgeving met duidelijke structuur of verwachtingen, en een één-op-één-contact. Vaak zijn er voor de jeugdige krachtige motiverende factoren om zich goed te gedragen. De signalen en symptomen zijn beter zichtbaar als de context minder optimaal is, de structuur en verwachtingen minder duidelijk zijn, de supervisie geringer is, er conflicterende taken worden aangeboden of als aan de jeugdige hogere eisen worden gesteld qua taakgerichtheid of concentratie.
- Het goed uitvragen van signalen is een vaardigheid, die geleerd en verbeterd kan worden met training.
- Doorgaans is sprake van een vruchtbare samenwerking tussen ouders en professionals, maar een risico is dat de professional te snel concludeert dat er iets aan de hand is met de jeugdige. Hierdoor kunnen ouders zich niet begrepen of gestuurd voelen en daarom ambivalent aan diagnostiek beginnen. Dit kan een ongunstige start zijn en leiden tot voortijdig afhaken in een later stadium. Daartegenover bestaat het gevaar dat wanneer ouders te snel worden gerustgesteld, ze dit op het verkeerde been kan zetten, waardoor zij niet op zoek gaan naar hulp, waar dit wel dringend nodig is.



3.3 Diagnostiek

Diagnostiek is het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van de jeugdige genuanceerd wordt beschreven en waarbij de ontwikkeling op verschillende deelgebieden in beeld wordt gebracht. Hierbij hoort een inventarisatie van verschillende omgevingsvariabelen die van invloed kunnen zijn op het functioneren van de jeugdige, worden sterke kanten in kaart gebracht en wordt vanuit het perspectief op eventuele mogelijkheden voor behandeling naar de jeugdige en diens omgeving gekeken. Diagnostiek is gericht op de volle breedte van de ontwikkeling van de jeugdige, de in de ontwikkeling optredende problemen en kansen en de mogelijkheden voor behandeling en begeleiding. Diagnostiek is dus meer dan classificatie. Classificatie vindt plaats wanneer de probleembeschrijving gewogen wordt getoetst aan de formele criteria van de classificatiecategorieën van een classificatiesysteem, bijvoorbeeld de DSM.

3.3.1 Uitvoerende professionals

Volgens de *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005) kan diagnostiek worden uitgevoerd door jeugdprofessionals die daarvoor op basis van kennis en ervaring gekwalificeerd zijn. Te denken valt aan op postmasterniveau geregistreerde psychologen en orthopedagogen (kinder- en jeugdpsychologen, orthopedagogen-generalist, GZ-psychologen), klinisch psychologen en/of kinder- en jeugdpsychiaters, met specifieke expertise en ervaring in de diagnostiek van ADHD. Belangrijk is dat deze professionals in een multidisciplinair team werken, waarbinnen ook een arts aanwezig is die zo nodig een somatische beoordeling kan doen. Professionals moeten om diagnostiek uit te kunnen voeren kennis hebben van:

- etiologie van ADHD;
- presentatie van de kenmerken, in een ontwikkelingsperspectief;
- te verwachten beloop;
- aangedane en bedreigde psychische functiegebieden (alle cognitieve en emotionele functies);
- specifieke kenmerken die passen bij de ontwikkelingsfase;
- impact van de symptomen op het functioneren van de cliënt, zijn systeem en de omgeving;
- evidentie op het gebied van effectieve begeleiding en behandeling;
- geslachtsspecifieke kenmerken;
- cultuurspecifieke aspecten.

3.3.2 Diagnostische onderdelen en middelen

In de diagnostiek bij jeugdigen waarbij het vermoeden bestaat dat er sprake kan zijn van ADHD, is het zeer belangrijk om informatie te verzamelen binnen verschillende contexten en via verschillende informanten (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005; NICE, 2009; Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Dit betekent in de praktijk dat behalve via de ouders ook via de school (of een andere plek waar het kind regelmatig verblijft) informatie over het gedrag van de jeugdige in die setting ingewonnen moet worden. Dit is van belang, aangezien één van de criteria voor het stellen van de diagnose ADHD is dat de symptomen en beperkingen in minimaal twee milieus zichtbaar moeten zijn.



Een diagnostisch onderzoek bij jeugdigen waarbij een vermoeden bestaat van ADHD, bestaat daarom vaak uit de volgende onderdelen:

- een gesprek met ouders en jeugdige;
- een gesprek/interview met de ouders;
- een gesprek/interview met de leerkracht;
- een gesprek/interview met de jeugdige.

Eventueel kunnen aanvullende onderzoeken gedaan worden (zie 'specifieke informatie' hieronder).

Algemene informatie

In het eerste diagnostische gesprek met ouders en jeugdige komen de reden van een eventuele verwijzing of aanmelding en de hulpvragen van alle partijen aan de orde. Ook een klachteninventarisatie (ook wel klachtanalyse genoemd) maakt meestal onderdeel uit van het eerste gesprek, waarbij van belang is om te vragen naar het functioneren op verschillende terreinen (onder andere thuis, op school of werk, met vrienden). Dit hoeft zich niet te beperken tot alleen het bespreken van problemen of klachten. Ook sterke kanten van de jeugdige en terreinen waarop de jeugdige juist goed functioneert kunnen hierbij aan bod komen. Daarnaast kunnen in het eerste gesprek een aantal algemene zaken worden uitgevraagd, zoals demografische gegevens.

Binnen de diagnostiek dient onderscheid gemaakt te worden tussen kleuters, kinderen in de basisschoolleeftijd en adolescenten, omdat probleemgedrag op de verschillende leeftijden nogal kan verschillen (zie tabel 2.1 voor een overzicht van de typische verschijningsvormen van ADHD op verschillende leeftijden). Zo ziet men in de basisschoolleeftijd vaker hyperactiviteit als voornaamste klacht. Bij adolescenten kan dit naar de achtergrond verdwenen zijn en spelen vaak aandachtsproblemen, en soms innerlijke onrust, een grotere rol.

In de verdere gesprekken met ouders en jeugdige dienen, naast de specifieke op ADHD symptomen gerichte informatie, de volgende zaken in kaart gebracht worden:

- voorgeschiedenis van de klachten (wanneer en hoe zijn de klachten begonnen; wat en wanneer waren de eerste zorgen; door wie werden deze opgemerkt hoe was het beloop van de klachten sindsdien?);
- ontwikkelingsanamnese;
- behandelvoorgeschiedenis (welke behandelingen zijn al geprobeerd en met welk effect?);
- medische voorgeschiedenis;
- psychiatrische familieanamnese;
- gezinsfactoren, zoals opvoedingsstijl en gezinsinteracties;
- psychosociale stressoren (nu en in het verleden).

Specifieke informatie

Onderzoek naar ADHD symptomen

Er bestaat geen objectieve test om ADHD vast te stellen of uit te sluiten. Om te komen tot een afgewogen klinisch oordeel of een jeugdige al dan niet voldoet aan de diagnostische criteria voor ADHD, is een goed en gedetailleerd interview met de ouders en de school (of andere context)



het instrument van eerste keus (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Het verdient aanbeveling om hiervoor een semi-gestructureerd interview te gebruiken (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005; NICE, 2009), waarmee de diagnosticus een onderbouwd oordeel kan geven over de aan- of afwezigheid van de verschillende symptomen van ADHD (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Dit betekent dat de ouders en de leerkracht gevraagd moet worden om concreet observeerbaar gedrag te beschrijven en de context waarbinnen het gedrag zich voordoet. Er kan dus niet volstaan worden met globale beschrijvingen of interpretaties van gedrag (zoals 'prikkelbaar', 'druk', 'onrustig' of 'agressief'). Alleen met concrete gedragsbeschrijvingen van ouders en leerkracht en een weging van de adequaatheid van de gedragingen in de context waarbinnen het zich voordoet, kan de diagnosticus een weloverwogen oordeel geven over de mate waarin het gedrag in frequentie en ernst duidelijk afwijkend is ten opzichte van leeftijdgenoten (Taylor & Sonuga-Barke, 2008).

Beschikbare semi-gestructureerde interviews voor ouders en leerkrachten

In Nederland is op dit moment een aantal semi-gestructureerde interviews beschikbaar die bruikbaar zijn voor de diagnostiek naar ADHD en comorbide stoornissen. De *PICS-4-NL* (*Parent Interview for Child Symptoms*; Schachar, Ickowicz, & Sugarman, 2008), de *TTI-4-NL* (*Teacher Telephone Interview*; Tannock, Hum, Masellis, Humphries, & Schachar, 2008) en de *K-DBDS* (*Kiddie Disruptive Behavior Disorders Schedule*; Bunte, Schoenmaker, Hessen, Van der Heijden, & Matthys, 2013) zijn semi-gestructureerde diagnostische instrumenten die specifiek ontwikkeld zijn voor het diagnosticeren van externaliserende stoornissen (ADHD, ODD, CD). De *PICS-4* en de *K-DBDS* worden bij de ouders afgenomen, de *TTI-4* bij de leerkracht. De *K-DBDS* is specifiek geschikt voor het interviewen van ouders van jonge kinderen (3-6 jaar).

Onderzoek naar belemmeringen in het functioneren

Een belangrijk en onmisbaar element in ieder interview met ouders of leerkracht is het in kaart brengen van de belemmeringen die verschillende gedragingen tot gevolg hebben. Wanneer er geen duidelijke beperkingen in het functioneren van de jeugdige zijn, kan er geen sprake zijn van een classificatie ADHD. Belangrijk is daarom na te vragen in hoeverre de gerapporteerde gedragingen de jeugdige in zijn relaties met andere jeugdigen, broers of zussen, met ouders, in zijn leerprestaties of zijn gevoel voor eigenwaarde negatief beïnvloeden.

Ter ondersteuning van de diagnosticus bij het in kaart brengen van (de ernst van) de beperkingen kan de *Impairment Rating Scale* worden gebruikt (Fabiano et al., 2006; Weiss, 2000). Dit instrument is (Engelstalig) online beschikbaar.

Naast het belang voor het stellen of niet stellen van een diagnose ADHD is het uitvragen van belemmeringen in het functioneren ook essentieel om meer zicht te krijgen op belangrijke doelen en aanknopingspunten voor een eventuele behandeling. Het perspectief op eventuele behandeling en begeleiding is van wezenlijk belang, ook in de diagnostische fase.

Onderzoek naar comorbide stoornissen

In het interview worden eveneens veel voorkomende comorbide stoornissen en problemen uitgevraagd. Denk hierbij aan: gedragsproblemen, gedragsstoornissen (oppositie-



opstandige stoornis, normoverschrijdend-gedragstoornis), leerstoornissen, angst- en stemmingsproblemen en -stoornissen, autisme, ticstoornissen, motorische coördinatieproblemen en verslavingsproblemen (zie ook hoofdstuk 2).

Onderzoek van de jeugdige zelf

Het onderzoek van de jeugdige bestaat – afgestemd op de leeftijd – uit een gesprek. Dit gesprek heeft – anders dan bij de ouders en de school – niet zozeer tot doel om mogelijke ADHD symptomen aan te tonen of uit te sluiten, maar is vooral gericht op de beleving van de problemen door de jeugdige zelf en de belemmeringen die hij in het dagelijks leven ervaart. Belangrijk is om in dit gesprek ook te vragen naar zaken die hij graag anders zou willen zien en naar ideeën over de mogelijkheden die hij daar zelf voor ziet. Zo kan een eerste opening richting mogelijke behandeling gemaakt worden.

Het gesprek met de jeugdige heeft ook tot doel om de aanwezigheid van mogelijke comorbiditeit te onderzoeken. Met name internaliserende problemen, zoals angst en depressie, moeten goed worden uitgevraagd bij de jeugdige zelf.

Beschikbare semi-gestructureerde interviews voor jeugdigen

Ook voor het gesprek met de jeugdige verdient het aanbeveling een semi-gestructureerd interview te gebruiken. De *SCICA (Semigestructureerd Klinisch Interview voor Jeugdigen en Adolescenten*; Kasius, 1997) komt hiervoor in aanmerking. Ook de *K-SADS Kiddie-SADS-lifetime* versie; Nederlandse versie van Reichart, Wals, & Hillegers, 2000) en de *ADIS-C (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV -Child version*; Nederlandse versie van Siebelink & Treffers, 2001) zijn bruikbare en kwalitatief goede semi-gestructureerde interviews. Hoewel in beide interviews externaliserende stoornissen (waaronder ADHD) wel worden uitgevraagd, zijn ze oorspronkelijk ontwikkeld voor de diagnostiek van met name internaliserende stoornissen, zoals angststoornissen en depressie. Meer informatie over de verschillende interviews is te vinden op de websites van het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl) en van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl).

Observatie van de jeugdige (door de professional) is over het algemeen niet noodzakelijk voor de diagnostiek naar ADHD en kan soms onjuiste informatie opleveren. Met name de afwezigheid van symptomen tijdens een observatie kan de professional op het verkeerde been zetten. Het feit dat de situatie nieuw is, redelijk gestructureerd, met één-op-één aandacht van een volwassene kan ervoor zorgen dat er geen ADHD symptomen waarneembaar zijn, waardoor een diagnose ADHD gemist kan worden (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Observatie kan eventueel wel een rol spelen in geval van diagnostische twijfel (NICE, 2009; Taylor & Sonuga-Barke, 2008), bij onderzoek naar (comorbide) autisme en in de diagnostiek van jonge jeugdigen. Voor deze laatste groep is de *DB-DOS* beschikbaar. De *DB-DOS (Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule*; Wakschlag et al., 2008a, 2008b) is een gestandaardiseerde klinische gedragsobservatie, geschikt voor de observatie van externaliserend gedrag bij jonge jeugdigen (Bunte-Rosingh, 2014).



Vragenlijsten

Vragenlijsten, zowel de instrumenten die gedrag van jeugdigen breed in kaart brengen als de instrumenten die tot doel hebben specifieke ADHD symptomen te meten, zijn niet per definitie noodzakelijk in het diagnostisch proces (Taylor & Sonuga-Barke, 2008) Zij spelen een aanvullende rol op het oordeel van de professional (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005; NICE, 2009).

Specificeren van de ernst van de ADHD

Zowel de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) als diverse richtlijnen (onder andere de *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD*; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005) schrijven voor dat bij een diagnose ADHD de ernst bepaald moet worden. Deze kan variëren van licht, tot matig, tot ernstig (zie paragraaf 2.3). Hoewel de DSM-5 hiervoor wel een leidraad geeft, is de operationalisatie van de begrippen niet eenduidig. Bij het vaststellen van de ernst van de ADHD is een zorgvuldig en afgewogen oordeel van de diagnosticus van belang. Deze zal hierin mee moeten wegen hoeveel en hoe frequent symptomen bij de jeugdige aanwezig zijn, wat de mate van ernst van de symptomen is (afgezet tegen de context waarin ze voorkomen) en, met name, hoe ernstig de belemmeringen zijn als gevolg van die symptomen.

Aanvullend onderzoek

Intelligentieonderzoek

Het meten van de intelligentie is voor het stellen van een diagnose ADHD niet noodzakelijk, maar kan, op indicatie, wel inzicht geven of er mogelijk sprake is van overvraging of onderstimulering waarmee de ADHD-kenmerken (deels) verklaard kunnen worden. Vooral bij jeugdigen die sterk achterblijvende schoolprestaties – en daarnaast kenmerken van ADHD – hebben, is een intelligentieonderzoek meestal noodzakelijk alvorens een diagnose te stellen. Zowel onderstimulering als overvraging op school kunnen leiden tot problemen in de aandacht en concentratie. De *WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children)-III* is de meest gebruikte intelligentietest bij kinderen en jongeren. Een *WISC-III*-profiel mag en kan nooit als diagnostisch instrument voor het vaststellen van ADHD gebruikt worden.

Neuropsychologisch onderzoek

Neuropsychologische taken zijn te weinig specifiek en sensitief en de vertaling van de uitslag op neuropsychologische taken naar gedrag in alledaagse situaties is vaak moeilijk tot niet te maken, waardoor deze taken niet gebruikt kunnen worden om de diagnose ADHD te stellen. Neuropsychologisch onderzoek kan en mag daarom nooit gebruikt worden om ADHD bij een jeugdige vast te stellen. Wel kan neuropsychologisch onderzoek een aanvullende rol vervullen bij een sterkte-zwakke analyse van een kind. Het vermoeden van leerproblemen kan eveneens een indicatie voor aanvullend neuropsychologisch onderzoek zijn. Voor een inschatting van de executieve functies kan de Nederlandse versie van de *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF*; Gioia, Isquith, Guy, & Kenworthy, 2000) gebruikt worden, een vragenlijst die ingevuld wordt door ouders, leerkracht of de jeugdige zelf. De vragen zijn gericht op vaardigheden op het gebied van inhibitie, flexibiliteit, emotieregulatie, initiatief nemen, werkgeheugen, plannen en organiseren, gedragsevaluatie, ordelijkheid en netheid in het dagelijks leven.



Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek, dat altijd moet worden overwogen en op indicatie moet worden uitgevoerd, kan aanleiding geven tot specialistisch vervolgonderzoek, zoals een EEG of MRI, om neurologische problemen uit te sluiten die mogelijk symptomen van ADHD kunnen verklaren (Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, 2015; Pelham, Gregory, & Massetti, 2005). Ook kan aanvullend onderzoek nodig zijn in verband met een behandeling met geneesmiddelen, zoals een onderzoek van het hart (ECG).

Diagnostische conclusie en adviesgesprek

In een diagnostische conclusie beschrijft de diagnosticus zijn bevindingen en conclusies. Deze worden met de ouders en (afhankelijk van de wenselijkheid en de leeftijd) met de jeugdige besproken. Dit beperkt zich zeker niet tot een opsomming van symptomen en classificatie(s), maar vooral tot een beschrijving van mogelijke beschermende en risicofactoren en de samenhang of invloed van deze factoren op de actuele problemen.

Diagnostiek is geen statische momentopname, maar een doorlopend proces. Ook tijdens de behandeling, en soms bij belangrijke wisselingen van context (bijvoorbeeld de overgang naar het voortgezet onderwijs), dient doorlopend een inschatting gemaakt te worden of symptomen en criteria van ADHD door de tijd heen veranderen, en of de aangeboden begeleiding en behandeling van invloed is op de ernst van de symptomen. Daartoe kunnen, naast observaties, ook instrumenten worden gebruikt. Als ondanks intensieve behandeling binnen de jeugdhulp onvoldoende effect wordt bereikt, consulteer dan de jeugd-GGZ.

Herhaalde diagnostiek is eveneens van belang om na te gaan of er nog sprake is van ADHD. Immers, symptomen van ADHD kunnen in de ontwikkeling naar volwassenheid naar de achtergrond verdwijnen. Diagnostiek dient daarom ook ingezet te worden bij herstel. Zeker voor jongeren kan het belangrijk zijn om op een gegeven moment te weten dat ze niet meer voldoen aan de diagnostische criteria voor ADHD.

Houd rekening met mogelijke negatieve effecten van vroege signalering/screening en diagnose stelling bij jeugdigen. Onderzoek in Engeland liet zien dat het op de kleuterleeftijd na screening ontvangen van het label ADHD vijf jaar later bleek samen te hangen met slechter functioneren, terwijl geen effect werd gezien van een preventieve interventie (*evidence based* adviezen aan de leerkracht over de omgang met kinderen met ADHD) die op de kleuterschool was geboden (Sayal, Owen, White, Merrell, Tymms, & Taylor, 2010). Het is denkbaar dat leerkrachten die horen dat een jeugdige ADHD heeft, hem anders gaan zien en behandelen, en dat dit niet altijd in het voordeel van de jeugdige is (Ohan, Visser, Strain, & Allen, 2011). Ook zijn er aanwijzingen dat het stellen van een diagnose ADHD bij jeugdigen kan samenhangen met onder meer een verminderd zelfvertrouwen en gevoel van competentie (zie voor een overzicht Mueller, Fuermaier, Koerts, & Tucha, 2012).



3.3.3 Diagnostische modellen binnen de jeugdhulp: diagnostische cyclus en handelingsgerichte diagnostiek

Binnen veel instellingen voor jeugdhulp en jeugdbescherming wordt bij diagnostiek en indicatiestelling gebruik gemaakt van de zogenoemde Diagnostische Cyclus (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Van Aarle, 2003). Deze bestaat uit vier fasen: klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse. In de klachtanalyse inventariseert de diagnosticus de klachten. Hij vraagt ouders, jeugdige en leerkracht naar het feitelijke probleemgedrag en naar de manier waarop zij de problemen ervaren. In de probleemanalyse staat de vraag centraal wat er precies aan de hand is, terwijl in de verklaringsanalyse gezocht wordt naar factoren die afzonderlijk of in samenhang bijdragen aan het ontstaan of in stand houden van de problemen. De diagnosticus onderzoekt daarbij zowel factoren in de jeugdige als in de omgeving van de jeugdige. Tijdens de indicatieanalyse bespreekt de diagnosticus zijn onderzoeksbevindingen en behandeladvies in alle openheid met de jeugdige en zijn ouders.

De vier fasen zijn bewerkt tot een praktijkmodel voor diagnostici die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming: Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD). HGD bevat vijf fasen: intake, strategie, onderzoek, integratie/aanbeveling en advisering/evaluatie. Het volgen hiervan leidt tot een expliciete en controleerbare relatie tussen de hulpvragen van de cliënt, het diagnostisch traject, de aanbevelingen van de diagnosticus en het door de cliënt gekozen advies. Dit is een cyclisch proces: soms blijkt dat een bepaalde fase opnieuw doorlopen moet worden. Ook kan HGD op maat gebruikt worden: soms kunnen fases worden overgeslagen.

De in paragraaf 3.3.2 besproken diagnostische onderdelen en middelen kunnen eenvoudig in beide modellen geïntegreerd worden.

3.3.4 Motivatie voor behandeling

In de overgang van diagnostiek naar behandeling en begeleiding, en gedurende de behandeling en begeleiding, speelt het motiveren van de jeugdige, zijn ouders en andere betrokkenen (denk aan leerkrachten) een wezenlijke rol. Het bieden van zorgvuldige informatie over ADHD is daarom van belang (zie ook psycho-educatie). Hierbij dient ook uitgelegd te worden dat het label ADHD geen verklaring vormt voor druk, impulsief of onoplettend gedrag van de jeugdige, maar dat de term ADHD juist een beschrijving van dat gedrag is (zie voor verdere informatie hierover hoofdstuk 2).



3.4 Aanbevelingen

- Wees terughoudend bij het signaleren en de diagnostiek bij peuters en kleuters. Specifieke ADHD symptomen zijn moeilijk te onderscheiden van normale gedragspatronen.
- Zorg voor een goede samenwerking met en tussen ouders, leerkrachten en betrokken professionals. Dit is van groot belang om problemen bij jeugdigen vroegtijdig te signaleren.
- Overweeg het gebruik van een vragenlijst bij ouders die kan dienen als voorbereiding voor een gesprek, zodat gericht over de psychosociale ontwikkeling van jeugdigen gesproken kan worden.
- Gebruik geen signaleringsinstrument bij de jongste groep kinderen (van zes tot veertien maanden) voor signalering van psychosociale problematiek.
- Gebruik de *Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ)* voor het signaleren van psychosociale problemen bij jeugdigen in de leeftijd van drie jaar en negen maanden tot achttien jaar, bij een vermoeden van deze problemen.
- Gebruik een valide instrument voor ADHD screening, zoals de *SEV*, de *AVL* of de *CBCL* (en/of de varianten *TRF*, *YSR*), bij jeugdigen van zes tot achttien jaar.
- Voor alle screeningsinstrumenten geldt dat de uitslagen gewogen moeten worden door een professional met ervaring in het beoordelen van jeugdigen met ADHD.
- Verwijs door voor verdere diagnostiek naar een diagnosticus wanneer uit de scores van een screeningsinstrument naar voren komt dat de jeugdige mogelijk kenmerken van ADHD heeft. Screeningsinstrumenten kunnen de diagnostiek zeker niet vervangen.
- Gebruik een goed en gedetailleerd semi-gestructureerd interview met de ouders (bijvoorbeeld *PICS-4* en de *K-DBDS*) en de school (of andere context) (bijvoorbeeld *TTI-4* bij leerkrachten), om te komen tot een afgewogen klinisch oordeel of een jeugdige al dan niet voldoet aan de diagnostische criteria voor ADHD.
- Breng ook comorbiditeit in kaart bij een vermoeden van ADHD.
- Richt je in het diagnostisch onderzoek bij de jeugdige zelf vooral op de beleving van de problemen door de jeugdige zelf, de belemmeringen die hij in het dagelijks leven ervaart en op de aanwezigheid van mogelijke comorbiditeit.
- Herhaal de diagnostiek met enige regelmaat in hoeverre de jeugdige nog voldoet aan de criteria van ADHD.
- Houd rekening met:
 - dat in het proces van signaleren/screenen en diagnosticeren signalen van ADHD zeer divers kunnen zijn en niet in alle situaties observeerbaar. Impulsief, hyperactief gedrag of aandachtsproblemen worden in een één-op-één situatie niet altijd waargenomen;
 - mogelijke negatieve effecten van vroege signalering/screening en diagnoses stellen bij jeugdigen.

Hoofdstuk 4

Interventies



In dit hoofdstuk worden de volgende uitgangsvragen beantwoord:

- Welk type interventie is het meest effectief voor welke leeftijdsgroep? Welke interventies zijn in welke behandelsetting het meeste geëigend?
- Hoe kunnen jeugdprofessionals het gezin en de school ondersteunen bij farmacotherapie?

Om deze vragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van wetenschappelijke onderzoeksliteratuur, de *Databank Effectieve Jeugdinterventies* van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) en de expertise van de richtlijnwerkgroep⁶. Bijlage 2 geeft een overzicht van interventies.

4.1 Inleiding

Bij behandelingen voor ADHD wordt een onderscheid gemaakt tussen de effecten op de kernsymptomen van ADHD (aandachtsproblemen, hyperactiviteit en impulsiviteit) en op de emotionele en gedragsproblemen die zich naast, of als gevolg van de ADHD-symptomen, voordoen. Voorbeelden hiervan zijn problemen die jeugdigen met ADHD ondervinden in het gezin (veel negatieve interacties), op school (gedragsproblemen, onder de maat presteren) en in de omgang met leeftijdgenoten (ruzies, buitengesloten worden). Het zijn met name deze laatstgenoemde problemen in het dagelijks functioneren waarop het merendeel van de psychosociale behandelmethoden zich richt en waarop de meeste effecten worden gezien.

Behandeling van ADHD bestaat uit drie componenten: psycho-educatie, psychosociale interventies en medicatie. Medicatie wordt alleen gegeven aan jeugdigen vanaf zes jaar bij wie de ADHD-symptomen ernstige beperkingen geven of bij wie psychosociale interventies onvoldoende effect hebben gegeven. Psycho-educatie en psychosociale interventies komen in dit hoofdstuk aan de orde. Aangezien jeugdprofessionals in de regel geen rol als voorschrijver van medicatie hebben, wordt in dit hoofdstuk uitsluitend ingegaan op de ondersteunende rol die zij kunnen hebben in een medicamenteuze behandeling.

De stapsgewijze aanpak van ADHD

De behandeling van ADHD bij jeugdigen begint altijd met psycho-educatie. Dit kan al zorgen voor veel verbetering. Blijven er zorgen over het gedrag, dan optimaliseert de jeugdprofessional bij kinderen jonger dan zes jaar primair de omgeving van de jeugdige door een oudertraining en/of een leerkrachttraining in te zetten. Bij jeugdigen vanaf zes jaar zijn dit ook de eerst te nemen stappen, tenzij er sprake is van een ernstige vorm van ADHD. In dat geval zal ook medicatie vaak onderdeel vormen van de behandeling en meestal als eerste interventie (na psycho-educatie) geprobeerd worden. Bij onvoldoende resultaat van ouder- en/of leerkrachttraining zet de jeugdprofessional een intensievere vorm van training in, bijvoorbeeld thuisbehandeling, of gaat de jeugdprofessional over van groepstraining op individuele training. Eveneens wordt doorverwijzing naar de jeugd-GGZ overwogen. In alle gevallen dient afstemming en samenwerking tussen de jeugdige, ouders en leerkracht een belangrijk onderdeel van de behandeling te zijn.

⁶ Hierbij dient te worden opgemerkt dat enkele leden van de werkgroep niet volledig onafhankelijk zijn ten opzichte van de besproken interventies: een werkgroep lid was betrokken bij de ontwikkeling en evaluatie van de cognitieve training *Braingame Brian* en een ander werkgroep lid bij *Behavioral Parent Training Groningen*.

Bij jeugdigen vanaf acht jaar kan individuele cognitieve gedragstherapie gericht op zelfregulatie en impulscontrole, of op het aanleren van plannings- en organisatievaardigheden, toegevoegd worden. Deze interventies dienen altijd ondersteund te worden met een ouder- en leerkrachtinterventie. Het is gezien het beperkte bewijs voor de effectiviteit van deze interventies belangrijk dat de jeugdprofessional de voortgang van deze behandelingen goed monitort (bijvoorbeeld met behulp van vragenlijsten en door frequente evaluaties) en bij uitblijven van resultaat stopt.

In geval de jeugdige na psycho-educatie en optimaliseren van de relevante omgeving sociale problemen blijft hebben, kan de jeugdprofessional een sociale vaardigheidstraining voorstellen. De training moet gecombineerd worden met een ouder- en leerkrachtinterventie en bij voorkeur uitgevoerd in de natuurlijke omgeving van de jeugdige. Voor de traditionele vorm (sociale vaardigheidstraining voor jeugdigen in een groep op de instelling) ontbreekt bewijs voor de werkzaamheid. Het effect van de interventie op de jeugdige moet gemonitord worden en bij uitblijven van resultaten dient de professional de interventie te stoppen.

Bij jongeren van twaalf tot achttien jaar geldt dezelfde opbouw van interventies. Hierbij zal de behandeling meer samen met de jeugdige ingevuld worden.

De verschillende interventies worden bij voorkeur na elkaar en niet gelijktijdig ingezet. Zo kan beter geëvalueerd worden wat het effect is van elke afzonderlijke interventie en wordt bovendien voorkomen dat er onnodig (over)behandeld wordt.

4.2 Psycho-educatie

De begeleiding en behandeling van jeugdigen met ADHD in alle leeftijdscategorieën moet altijd gestart worden met uitgebreide psycho-educatie aan de ouders of beroepsopvoeders (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005; NICE, 2009), en – afhankelijk van de leeftijd en wenselijkheid – aan de jeugdige zelf. Psycho-educatie is over het algemeen een doorlopend proces, dient waar nodig ook tijdens de behandeling gegeven te worden en moet zo nodig herhaald worden bij het veranderen van levensfase of behandeling.

Inhoud

In psycho-educatie wordt informatie over ADHD en de behandelmogelijkheden gegeven.

Onderwerpen die aan bod moeten komen zijn:

- Wat is ADHD? Hoe 'werkt' de DSM-5? Wat zijn de criteria voor ADHD in de DSM-5?
- ADHD is geen verklarende, maar een beschrijvende diagnose.
- Het onderscheid tussen lichte, matige en ernstige ADHD en de consequenties die dit heeft voor het behandelbeleid.
- De stand van zaken in het onderzoek naar oorzaken van ADHD.
- Hoe vaak en hoe veel ADHD voor komt.
- Veel voorkomende bijkomende problemen en klachten (comorbiditeit).
- Beloop en prognose.



- Gevolgen van ADHD voor het functioneren thuis en op school en eventuele andere settings.
- Wat zijn de behandelmogelijkheden en wat weten we over de effectiviteit?

Psycho-educatie of voorlichting moet op maat gegeven worden en aansluiten bij de ouders en de jeugdige. Vaak hebben deze al een lange periode van problemen en zoeken naar de juiste hulp achter de rug, voordat ze bij de jeugdprofessional komen. Die dient zich goed in te leven in de positie en situatie van de ouders en de jeugdige. De ouders moeten niet worden overladen met allerlei informatie en goedbedoelde adviezen over wat ze nog méér moeten doen. Ook is belangrijk om te voorkomen dat bevestigd wordt dat ouders het niet goed doen, of gedaan hebben. Een begripvol en respectvol luisterend oor bieden en erkenning geven aan ouders is daarom belangrijk. Door erkenning voor hun zorgen, vaak (langdurige) moeilijk situatie, voor hun pogingen om hun situatie te verbeteren en hulp te zoeken, voelen ouders zich gehoord, gezien en gewaardeerd. Daarnaast sluit effectieve psycho-educatie altijd aan bij de kennis en de taal die ouders/ beroepsopvoeders hebben. Aansluiten bij kennis wil in dit geval zeggen dat een jeugdprofessional eerst onderzoekt wat men al weet en vervolgens aanvult wat nog onbekend is.

Om informatie over ADHD, het diagnostisch proces en de begeleiding en behandeling te kunnen overdragen aan ouders, leerkrachten en jeugdigen, moet de jeugdprofessional uiteraard zelf beschikken over gedegen en up to date kennis van ADHD.

Wetenschappelijke onderbouwing

Onderzoek onderstreept de positieve rol van psycho-educatie en andere educatieve interventies bij gezinnen en leerkrachten (Montoya, Colom, & Ferrin, 2011). Zo heeft psycho-educatie mogelijk een gunstig effect op het gedrag van de jeugdige met ADHD, op de tevredenheid van ouders en jeugdigen, op kennis over ADHD en op het gebruik van medicatie.

Beschikbare programma's en websites

Er is een breed scala aan psycho-educatie programma's over ADHD in Nederland beschikbaar voor verschillende doelgroepen: kinderen, jongeren, ouders, leerkrachten en andere professionals. Gezien de veelheid en variëteit is er voor gekozen deze programma's niet ieder afzonderlijk in deze richtlijn op te nemen.

Naast het gebruik van standaardprogramma's kunnen ouders, jeugdigen, leerkrachten en andere professionals worden gewezen op de voorlichting over ADHD die kan worden gevonden via de websites van onder andere het Programma Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming (www.richtlijnenjeugdhulp.nl/adhd), het Nederlands Jeugdinstituut (www.nji.nl), het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (www.kenniscentrum-kjp.nl) en de oudervereniging Balans (www.balansdigitaal.nl).

Van belang is dat de jeugdprofessional met ouders en jeugdige bespreekt welke misverstanden over ADHD zij mogelijk kunnen tegenkomen op het internet (Montoya et al., 2013). Deze informatie is namelijk zeker niet altijd betrouwbaar en up to date.



Aandachtspunt bij psycho-educatie

Psycho-educatie aan jeugdigen zelf dient doorgaans, maar niet in alle gevallen, gegeven te worden. De professional moet bij iedere individuele jeugdige goed afwegen wat voor- en nadelen (bijvoorbeeld stigmatisering) kunnen zijn van psycho-educatie. Hierbij moeten zaken als leeftijd en ontwikkelingsniveau, ernst van de problemen en behoeftes van de jeugdige meegewogen worden. Zo zullen sommige jeugdigen door hun leeftijd of verstandelijk niveau niet goed in staat zijn om informatie goed te begrijpen. Bij ernstiger problemen, waar de jeugdige zelf veel last van heeft, kan psycho-educatie veel positiefs bijdragen. Bij milde ADHD-problemen kan het de voorkeur verdienen eerst de omgeving te optimaliseren en af te wachten wat het effect hiervan is, zodat eventuele negatieve gevolgen van het label, zoals stigmatisering beperkt blijven. Bij jeugdigen die zelf aangeven geen informatie te willen kan het opdringen van psycho-educatie schadelijke bijeffecten hebben, zoals het vermijden van contacten met hulpverleners.

4.3 Ouder- en ouder-kindinterventies

4.3.1 Oudertraining

Oudertraining is de behandeling van eerste keus voor kinderen jonger dan zes jaar en voor jeugdigen vanaf zes jaar met lichte tot matige ADHD (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2005; NICE, 2009). Bij jeugdigen vanaf zes jaar met ernstige ADHD wordt een medicamenteuze behandeling als eerste keus behandeling aanbevolen en oudertraining als tweede en belangrijke aanvullende interventie.

De inhoud van de oudertraining dient aangepast te zijn aan de ontwikkelingsspecifieke kenmerken van jeugdigen.

Inhoud

In een oudertraining leren ouders gedragstherapeutische vaardigheden die zij in de opvoeding van hun kind met ADHD kunnen toepassen. In de meeste programma's leren ouders de antecedenten en gevolgen van gedrag te herkennen en beïnvloeden, en probleemgedrag te monitoren. Ouders leren bijvoorbeeld hoe ze gewenst gedrag bij hun kind uit kunnen lokken door middel van structuur en goede instructies, en hoe ze gewenst gedrag kunnen versterken door het geven van complimenten, positieve aandacht en beloningen. Ook leren ze hoe ze ongewenst gedrag kunnen verminderen, bijvoorbeeld door het te negeren, een time-out te geven en andere, niet-fysieke, disciplineringsmaatregelen.

Een kwalitatief goed gedragstherapeutisch oudertrainingsprogramma moet aan de volgende eisen voldoen (NICE, 2009):

- Het programma is gestructureerd en geprotocolleerd en is inhoudelijk gebaseerd op de sociale leertheorie.
- In het programma zijn strategieën opgenomen die tot doel hebben de ouder-kindrelatie te verbeteren.
- Het programma bestaat uit minimaal acht zittingen.
- Ouders kunnen hun eigen individuele doelen stellen en het programma kan worden afgestemd op deze individuele doelen, de vorderingen bij het kind en de actuele functioneringsbeperkingen.



- In het programma wordt gebruik gemaakt van rollenspel en huiswerkopdrachten om de generalisatie van nieuwe vaardigheden naar de thuissituatie te bevorderen.
- Het programma wordt gegeven door goed getrainde professionals die in staat zijn een goede therapeutische alliantie met ouders aan te gaan en supervisie krijgen.
- De uitvoerenden houden zich aan de handleiding en er is in de supervisie aandacht voor de bewaking van de behandelintegriteit.

Een voorbeeld van een oudertrainingsprogramma ziet er per sessie als volgt uit (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004):

- Psycho-educatie, uitleg leertheorie en gedragsmanagementstechnieken;
- aandacht geven aan gewenst gedrag (bijvoorbeeld gehoorzaamheid) en negeren van ongewenst gedrag (bijvoorbeeld jengelen);
- structuur bieden;
- effectieve instructies en waarschuwingen geven;
- regels instellen en handhaven: als..., dan...;
- negeren;
- time-out-procedure;
- puntensysteem, beloningsprogramma's, gedragskaarten;
- hanteren van ongewenst gedrag buitenshuis;
- probleemoplossingsvaardigheden voor ouders;
- problemen in de toekomst oplossen en vasthouden van geleerde vaardigheden.

Conclusie op basis van de wetenschappelijke onderbouwing

Oudertraining heeft volgens rapportage van de ouders op de korte termijn positieve effecten op de afname van ADHD-symptomen, gedragsproblemen en internaliserende problemen (angst- en depressieve klachten) van de jeugdige (Sonuga-Barke et al., 2013). Oudertraining heeft bovendien positieve effecten op de ouders zelf en leidt tot verbeteringen in hun opvoedgedrag. Hierbij gaat het zowel om een toename van positief opvoedgedrag als om een afname van negatief opvoedgedrag. Ook rapporteren ouders na een oudertraining dat ze zich competentere voelen in de opvoeding, minder stress ervaren en meer kennis hebben over ADHD.

Beschikbare programma's

In Nederland zijn diverse oudertrainingsprogramma's voor verschillende leeftijdsgroepen beschikbaar (bijlage 2). Er zijn trainingprogramma's specifiek voor jeugdigen met ADHD zijn, zoals *Behavioral Parent Training Groningen (BPTG)* voor kinderen met ADHD, *Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD*, *Opstandige Kinderen en Pubers met ADHD*. Ook zijn er generieke trainingsprogramma's voor jeugdigen met gedragsproblemen (waarbij soms ook effectiviteit voor jeugdigen met ADHD is aangetoond), zoals *Incredible Years (basis)*, *Parent-Child Interaction Therapie (PCIT)*, *Parent Management Training Oregon (PMTO)*, *Triple P niveau 4-5* en *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)*. De meeste programma's richten zich uitsluitend op de ouders, een enkel programma op ouders en kind samen (zoals *Parent-Child Interaction Therapie (PCIT)*).



Aandachtspunten bij het uitvoeren van oudertrainingsprogramma's

Jeugdprofessionals gebruiken soms eigen indicaties en contra-indicaties voor oudertrainingsprogramma's, ook al staan deze niet genoemd in de handleiding van het desbetreffende programma. Factoren die in de praktijk regelmatig meegewogen worden in de keuze om wel of geen oudertrainingsprogramma in te zetten, zijn bijvoorbeeld draagkracht van de ouders, psychopathologie van ouders of de ernst van de problematiek van de jeugdige. Jeugdprofessionals dienen zich te realiseren dat met deze factoren behandelingsucces niet kan worden voorspeld. Door eigen indicaties en contra-indicaties voor oudertrainingsprogramma's te gebruiken bestaat het risico dat aan bepaalde groepen jeugdigen een effectieve behandeling wordt onthouden.

In settings waar de werkdruk hoog is en er weinig werkbegeleidings- of supervisiemogelijkheden zijn, bestaat de kans dat jeugdprofessionals oudertrainingprogramma's niet uitvoeren zoals bedoeld. Voorbeelden zijn het gebruik van gedeeltes van draaiboeken of het inzetten van 'losse' interventies (zoals beloningsprogramma's en puntensystemen). Door oudertrainingen niet uit te voeren zoals ze staan beschreven, kan de effectiviteit ervan niet gegarandeerd worden. Immers, het is niet bekend of de training werkzaam is als maar een gedeelte wordt uitgevoerd, of als er grote of kleine aanpassingen worden gedaan. Dit punt zal minder spelen bij programma's waaraan training en supervisie verbonden zijn (bijvoorbeeld *Parent-Child Interaction Therapie (PCIT)* en *Parent Management Training Oregon (PMTO)*) en in instellingen waar werkbegeleiding en supervisie geboden wordt.

In Nederland bestaan allerlei varianten van thuisbehandeling en -begeleiding (zie paragraaf 5.3.2) die niet specifiek ontwikkeld zijn voor jeugdigen met ADHD. Wanneer deze programma's worden gebruikt voor jeugdigen met ADHD, dienen ze te worden getoetst aan de eisen voor oudertrainingsprogramma's die eerder genoemd zijn. Daarnaast wordt afgeraden om ouders in de thuissituatie te trainen op het moment dat oudertraining binnen een instelling nog niet is geprobeerd. Ouders in de thuissituatie trainen is weinig efficiënt en in veel gevallen niet nodig. Oudertraining in de thuissituatie kan wel aangewezen zijn als ouders niet gemotiveerd zijn om aan een training op locatie deel te nemen, of wanneer zij dit niet kunnen organiseren, bijvoorbeeld vanwege financiële problemen, grote organisatorische problemen of lichamelijke beperkingen.

Over de effectiviteit van oudertraining bij jongeren met ADHD is veel minder bekend dan bij de jongere leeftijdsgroepen. Toch wordt ook voor jongeren vanaf twaalf jaar oudertraining als eerste keus psychosociale behandeling aanbevolen. Daarbij is het van belang om de jongere zoveel als mogelijk te betrekken bij de oudertraining. Wanneer ouders de basisprincipes eenmaal onder de knie hebben, wordt de jongere bij de training betrokken. Samen worden doelen geformuleerd, wordt geoefend met het leren oplossen van problemen, het ontwikkelen van constructieve communicatievaardigheden en het omgaan met wederzijdse irreële verwachtingen en overtuigingen. In Nederland zijn voor zover bekend geen programma's voor jongeren en ouders samen beschikbaar. Wel bestaat er een goed en in de praktijk bruikbaar Engelstalig programma (*Defiant Teens Second Edition, A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*) waarin oudertraining gecombineerd wordt met gezamenlijke gesprekken met ouders en jongere (Barkley & Robin, 2014).



4.3.2 Gezinsinterventies

Inhoud

Naast de oudertrainingsprogramma's en de combinatieprogramma's voor ouders en jeugdigen bestaan er interventies die zich expliciet op het hele gezin richten. Deze gezinsinterventies zijn niet specifiek voor de doelgroep jeugdigen met ADHD ontwikkeld, maar veelal voor multiprobleemgezinnen of voor de bredere groep jeugdigen met gedragsproblemen. Voor jongeren waarbij naast ADHD sprake is van ernstige gedragsproblemen, agressie, verslaving, of ander grensoverschrijdend gedrag, zijn diverse systeeminterventies ontwikkeld en onderzocht, zoals *Relationele gezinstherapie (RGT)*, *Multi Dimensionele Familie Therapie (MDFT)* en *Multi Systeem Therapie (MST)*. Voor de beschrijving van deze programma's en de wetenschappelijke onderbouwing, wordt verwezen naar de *Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange, Matthys, Foolen, Addink, Oudhof, & Vermeij, 2013).

Wetenschappelijke onderbouwing

Er is geen gecontroleerd effectonderzoek onderzoek gevonden.

Beschikbare programma's

Voor jeugdigen is in Nederland een scala aan gezinsinterventies ontwikkeld die vaak ook voor jeugdigen met ADHD in gebruik zijn, zoals *Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)*, *Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)*, *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)*, *Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)* en *Gezin Centraal*. Deze interventies zijn niet specifiek ontwikkeld voor jeugdigen met ADHD, maar breder op gedragsproblemen en multiprobleemgezinnen gericht. Naar de effectiviteit van deze interventies is geen gecontroleerd effectonderzoek verricht. Voor zover bekend zijn er geen gezinsinterventies specifiek voor jeugdigen met ADHD.

Afgeraden wordt om gezinsinterventies als eerste stap in de behandeling aan te bieden, zonder dat een goed onderbouwd oudertrainingsprogramma als eerste is geprobeerd. Oudertraining ingebed in een gezinsinterventie kan wel aangewezen zijn als ouders niet gemotiveerd zijn om aan een training op locatie deel te nemen, of wanneer zij dit niet kunnen organiseren, bijvoorbeeld vanwege financiële problemen, grote organisatorische problemen of lichamelijke beperkingen.

Gezien de afwezigheid van gecontroleerd effectonderzoek in ADHD-populaties van de genoemde gezinsinterventies en gezien het feit dat in de meeste van deze programma's ook aan opvoedingsvaardigheden van de ouders gewerkt wordt, is het belangrijk dat de interventies voldoen aan de eisen voor oudertrainingsprogramma's (zie paragraaf 4.3.1).

Het is raadzaam, gezien de afwezigheid van bewijs voor de werkzaamheid, om gezinsinterventies goed te monitoren (door frequente evaluaties en gebruik van vragenlijsten) en tijdig te stoppen bij het uitblijven van resultaat.



Betrekken van broertjes en/of zusjes

Soms is er binnen het gezin sprake van een negatief interactiepatroon tussen een jeugdige met ADHD en zijn broertjes/zusjes die zich storen aan het impulsieve en hyperactieve gedrag van de jeugdige. Dit kan voor ouders lastig zijn en bovendien een negatief effect hebben op het zelfbeeld van de jeugdige met ADHD ('Ik doe ook nooit iets goed', 'ik krijg altijd de schuld'). In die gevallen kan het raadzaam zijn de broertjes/zusjes bij de behandeling te betrekken. Goede voorlichting, waardoor bij broertjes/zusjes begrip ontstaat voor de problemen van de jeugdige, kan het nodige bijdragen. Broertjes en zusjes hoeven echter zeker niet standaard bij de behandeling betrokken te worden. Juist in de gezinnen waar de interacties met de broertjes en zusjes geen probleem vormen, is dit niet nodig. Onnodig problematiseren en stigmatiseren kunnen hiervan negatieve bijeffecten zijn.

4.4 School- en leerkrachtinterventies

Inhoud

Leerlingen met ADHD hebben in de klas vaak moeite om op hun beurt te wachten, voor langere tijd alert te blijven, de volgorde van een reeks opdrachten te onthouden, hun werk op tijd af te hebben, een weektaak te plannen en om soepel over te schakelen van de ene naar de andere taak of activiteit. Daarnaast hebben ze regelmatig motivatieproblemen (reageren minder goed op uitgestelde of niet frequente beloningen) (Luman et al., 2005; Tripp & Wickens, 2009). Tot slot hebben jeugdigen met ADHD vaak problemen met plannen en organiseren van hun schoolwerk en problemen op sociaal-emotioneel gebied, zoals beperkte sociale vaardigheden. Een effectieve aanpak van ADHD in de klas is dan ook van groot belang voor het succes van deze jeugdigen op school (DuPaul & Weyandt, 2006; Hinfelaar, Verheijden, & Prins, 2011; Pieterse, Luman, Paternotte, & Oosterlaan, 2013).

Gedragsinterventies in de school bestaan uit het trainen van leerkrachten (leerkrachtinterventies) gericht op het verbeteren van de werkhouding en het taakgerichte gedrag van de jeugdige en op het terugdringen van storend gedrag van de jeugdige.

Een effectieve leerkrachtinterventie is gericht op het verminderen van ADHD-symptomen en van het aan ADHD gerelateerde gedrag (bijvoorbeeld niet-taakgericht gedrag, storend gedrag) en bevat steeds één of meer van de volgende gedragstherapeutische methodieken:

- ADHD psycho-educatie voor de leerkracht.
- Klassenmanagement waarin, analoog aan de oudertrainingen, aandacht is voor het manipuleren van antecedenten van gedrag (zoals structuur, regels en het geven van duidelijke instructies) en het manipuleren van gevolgen van gedrag (zoals bekrachtiging en negeren). Hier gaat het om het scheppen van structuur en voorwaarden voor een optimale leersituatie.
- Puntensysteem in de klas: het ontwerpen en uitvoeren van individuele beloningsprogramma's.
- Goed-Gedrag-Kaart in de klas met beloningen die thuis worden gegeven. In dit systeem wordt de jeugdige thuis beloond voor op school behaalde doelen. Het opschrijven van het behaalde doel en de complimenten van de leerkracht zijn de directe beloningen. Het thuis nog eens extra belonen is in zekere zin een uitgestelde beloning. De kracht zit in wat de



leerkracht doet en zegt op het moment dat het doel wordt behaald. Vervolgens wordt dit nog eens onderstreept door de beloning thuis. Hierdoor wordt zorggedragen voor een goede afstemming tussen de aanpak op school en thuis en verbetert de samenwerking tussen leerling, ouders en school.

- Time-out in de klas.

Naast werkhoudings- en gedragsproblemen hebben jeugdigen met ADHD vaak leerproblemen. In dat geval zijn interventies gericht op het verbeteren van didactische instructies, leermaterialen en de leeromgeving belangrijk en onmisbaar (Baltussen, Dijkstra, Koekkoek, Leenders, & Loman, 2001). Voorbeelden van organiseren van lesmaterialen zijn onder andere de lengte van een taak inkorten of taken opsplitsen, subdoelen formuleren, een taak aantrekkelijker maken met kleuren, animaties of de snelheid waarmee een taak wordt aangeboden (DuPaul & Eckert, 1997).

Conclusie op basis van wetenschappelijke onderbouwing

Onderzoek laat zien dat jeugdigen met ADHD die een leerkrachtinterventie kregen die was gebaseerd op gedragstherapeutische methoden, in vergelijking met een onbehandelde controlegroep of met een groep die alleen medicatie kreeg, meer verbeterden in ADHD-symptomen en het aan ADHD gerelateerd probleemgedrag, zoals opstandig, regelovertrekend gedrag (DuPaul & Weijandt, 2006; Pelham & Fabiano, 2008; Reddy, Newman, De Thomas & Chun, 2009). Een aantal studies laat zelfs een effect zien dat bijna gelijk is aan dat van medicatie (Pieterse et al., 2012). Of de positieve effecten van deze interventies ook op de langere termijn behouden kunnen blijven, bijvoorbeeld met boostersessies, wekelijkse contacten of anderszins, is nog niet systematisch onderzocht (Pelham & Fabiano, 2008).

Minder duidelijk zijn de effecten van deze gedragstherapeutische methoden op de prestaties van de jeugdigen op toetsen (cijfers, rapporten op hun cognitieve tempo: traag of slaperig zijn) en op hun productiviteit en accuratesse van het schoolwerk (Pieterse et al., 2012; Young & Amarasinghe, 2010).

Beschikbare programma's

Het aanbod van leerkrachtinterventies specifiek gericht op ADHD is in Nederland beperkt, voornamelijk is dat alleen *Een Nieuwe Koers*. Er is daarnaast een aantal generieke programma's, gericht op gedragsproblemen of de sociaal-emotionele ontwikkeling, beschikbaar: *Taakspel*, *Kids' Skills* en *Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)*. Tot slot zijn er generieke interventies waarin de leerkracht wordt betrokken, dit zijn *Alles Kidzzz* en *Samen Sterker Terug Op Pad* voor kinderen van vier tot zeven jaar (*STOP 4-7*). Alleen voor *Een Nieuwe Koers* is een systematisch onderzoek in een ADHD populatie uitgevoerd.

Aandachtspunten bij het uitvoeren van leerkrachtinterventies

De vijf eerder genoemde gedragstherapeutische methodieken (psycho-educatie, klassenmanagement, puntensysteem, Goed-Gedrag-Kaart en time-out) combineren interventies die gelden voor de hele klas (strikt klassenmanagement, puntensysteem, time-out systeem) met de meer intensieve individuele methode van de Goed-Gedrag-Kaart. Omdat deze methodieken niet afzonderlijk van elkaar zijn onderzocht, kan geen uitspraak worden gedaan over hun



afzonderlijke werkzaamheid, maar duidelijk is wel dat in elke effectieve leerkrachtinterventie meerdere methodieken tegelijkertijd moeten worden toepast. Vooral goed klassenmanagement en beloningssystemen zijn voor jeugdigen met ADHD onmisbaar.

Gezien de moeite die veel jeugdigen met ADHD hebben met plannen en organiseren, hebben ze meestal veel baat bij een gestructureerde en voorspelbare leeromgeving. Het consequent gebruik van een beloningssysteem is voor veel jeugdigen met ADHD extra belangrijk, omdat zij beloningen en feedback anders verwerken dan jeugdigen zonder ADHD (zie hoofdstuk 2). Jeugdigen met ADHD kunnen vaak minder goed tegen uitgestelde beloning en hebben frequentere beloning nodig om gemotiveerd te blijven voor taken (Luman, Van Meel, Oosterlaan, Sergeant, & Geurts, 2009; Tripp & Wickens, 2009). Een goed opgezet beloningssysteem sluit daarom vaak goed aan.

Jeugdprofessionals worden vaak geconfronteerd met klachten van ouders over de onbekendheid van leerkrachten met ADHD en de aanpak hiervan op school. Leerkrachten rapporteren vaak een gebrek aan kennis over ADHD en een gevoel van tekortschieten in het begeleiden van jeugdigen met ADHD (Antrop, Roeyers, Oosterlaan, & Van Oost, 2002; Brook, Watemberg, & Geva, 2000). Het behandelaanbod gericht op school bestaat meestal uitsluitend uit psycho-educatie voor de leerkracht. Vaak wordt pas met concrete ondersteuning begonnen (bijvoorbeeld met de eerder genoemde vijf methodieken) wanneer de problemen geëscaleerd zijn (Hinfelaar et al., 2011). De school van de jeugdige moet vroegtijdig bij de behandeling betrokken worden, zodat in een vroeg stadium gestart kan worden met ondersteuning van de leerkracht in de aanpak, en effectief met het gedrag kan worden omgegaan (Gezondheidsraad, 2014; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ 2005).

Het werken met leerkrachten stuit vaak op dezelfde problemen als het werken met ouders. Gunstige behandelresultaten zijn bijvoorbeeld alleen mogelijk wanneer de leerkrachten consequent de gedragsveranderingstechnieken blijven toepassen. Niet zelden bestaat bij de leerkrachten weerstand hiertegen of hebben ze op hun school of in hun klas niet de mogelijkheid om de interventies toe te passen zoals bedoeld. De jeugdprofessional moet hierop bedacht zijn, deze obstakels met de leerkracht bespreken en samen een oplossing zoeken.

Een combinatietraining van leerkrachten en ouders is niet altijd geïndiceerd, bijvoorbeeld wanneer de ADHD-problematiek met name thuis of vooral op school speelt. Toch zullen ouders altijd bij de aanpak van ADHD op school betrokken worden, bijvoorbeeld via informatie over de voortgang van hun kind of doordat er gebruik gemaakt wordt van een Goed-Gedrag-Kaart.

Schoolbrede programma's

Er zijn aanwijzingen dat schoolbrede en gelaagde programma's gedragsproblemen op school kunnen verminderen (<http://www.nji.nl/Wat-kan-de-school-doen>). 'Schoolbreed' betekent dat de interventies worden toegepast over de hele school (dus niet alleen in de klas, maar ook op de speelplaats, in de kantine en in de buurt) en worden uitgevoerd door iedereen die bij de leerling betrokken is. 'Gelaagd' betekent dat er interventies zijn gericht op alle leerlingen (de eerste laag), op risicoleerlingen (de tweede laag) en op leerlingen met hoog risicogedrag ofwel problemen (de derde laag). *Schoolwide Positive Behavior Support (SWPBS)* is een voorbeeld van een schoolbreed



programma dat geïntroduceerd is in het Nederlandse onderwijs. De aanpak omvat interventies voor alle leerlingen en specifieke interventies voor jeugdigen die extra ondersteuning nodig hebben (de tweede en derde laag). Bij de aanpak van SWPBS is standaard een jeugdprofessional betrokken die lid is van het gedragsteam op school.

4.5 Interventies voor de jeugdige zelf

4.5.1 Cognitieve gedragstherapie gericht op impulscontrole en zelfregulatie

Gedragstherapie interventies voor de jeugdige zelf (in plaats van gericht op zijn omgeving) zijn in meerderheid cognitief gedragstherapeutische interventies. Ze zijn – meestal in de vorm van een groepsbehandeling - gericht op het versterken van impulscontrole en zelfregulatievaardigheden (zoals stoppen en nadenken, probleemoplossingsvaardigheden leren gebruiken, doelen formuleren, eigen gedrag monitoren en zelfbekrachtiging; Hinshaw, 2006), het verbeteren van sociale vaardigheden en op het leren plannen en organiseren van huis- en schoolwerk. Deze cognitief gedragstherapeutische programma's zijn er al voor jeugdigen met ADHD vanaf zes jaar, maar de meerderheid wordt ingezet bij jeugdigen van acht jaar en ouder.

Beschikbare programma's

In Nederland zijn in de jeugdhulp veel, vaak binnen de instelling zelf ontwikkelde, programma's in omloop gericht op het versterken van impulscontrole en zelfregulatie bij kinderen en jongeren met ADHD. Het zijn meestal varianten van *Stop-Denk-Doe-trainingen*, *'Meichenbaum trainingen'* (Meichenbaum, 1977), of zelfregulatietrainingen, zoals *Samen met Joep Loep speuren naar sporen*, *Remweg*⁷, *Stop en Denk*, *Hoe Henkie Handig Werd* en de *Meichenbaum beertjesmethode*.

Conclusie op basis van wetenschappelijke onderbouwing

Cognitief gedragstherapeutische interventies, gericht op het aanleren van impulscontrole en zelfregulatie, zijn niet bewezen werkzaam voor jeugdigen met ADHD. Voor zover bekend is naar geen van de Nederlandstalige programma's systematisch effectonderzoek gedaan. Vanuit de praktijk zijn wel enige aanwijzingen dat trainingen die gebaseerd zijn op het aanleren van probleemoplossingsstrategieën de effecten van gestructureerde beloningsprogramma's kunnen verhogen. Verder is in een aantal gevallen gebleken dat zelfregulatieprogramma's waarbij jeugdigen met milde tot matige ADHD getraind worden om hun eigen gedrag te observeren/monitoren en te evalueren en waarbij ze beloond werden voor elke accurate evaluatie, positieve effecten op het gedrag kunnen hebben.

Aandachtspunt bij het uitvoeren van cognitief gedragstherapeutische interventies

Bij jeugdigen met lichte tot matige ADHD kunnen cognitief gedragstherapeutische interventies op proef en goed gemonitord (door regelmatige evaluaties en eventueel afname van specifieke meetinstrumenten) worden ingezet, echter altijd in combinatie met een ouder- en/of leerkrachttraining. Goede monitoring van de effecten is van belang zodat bij het uitblijven van effect de behandeling tijdig gestopt kan worden. Daarmee kunnen onnodige belasting en faalervaringen van de jeugdige voorkomen of beperkt worden.

7 Remweg is een cognitief gedragstherapeutisch programma voor impulsieve, drukke kinderen met aandachtsproblemen. Hoewel het in feite de ouders zijn die hun kind impulscontrole leren en het dus een oudertraining is, noemen wij dit programma hier omdat het nadrukkelijk is gericht op het leren van zelfregulatie.



4.5.2 Sociale vaardigheidstraining

Sociale vaardigheden kun je leren. Ze variëren van sociaal-communicatieve vaardigheden als het maken van adequaat oogcontact, het reguleren van het stemvolume en het aannemen van de juiste lichaamshouding, tot meer complexe sociale vaardigheden als luisteren, complimenten geven aan anderen, onderhandelen, samenwerken in een team, wachten op je beurt, ruzies oplossen, reageren op pesten en assertief zijn.

Beschikbare programma's

In Nederland zijn er veel verschillende, vaak door de instelling zelf ontwikkelde, sociale vaardigheidstrainingsprogramma's in omloop. De meeste zijn door professionals ontwikkeld voor specifieke groepen jeugdigen. Voor zover bekend zijn er in Nederland geen sociale vaardigheidstrainingen speciaal voor jeugdigen met ADHD. Een meer generiek programma is *Minder Boos en Opstandig*, een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma waarin ouders en hun kinderen in een groep getraind worden. In de kindtraining is een onderdeel sociale vaardigheid opgenomen. Voor meer informatie over dit programma wordt verwezen naar de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013).

Conclusie op basis van wetenschappelijke onderbouwing

Tot op heden is onvoldoende gebleken dat de traditionele sociale vaardigheidstraining waarbij jeugdigen met ADHD in een groep op de instelling sociale vaardigheden leren, effectief is. Jeugdigen met ADHD hebben na afloop niet minder sociale problemen en hun ADHD-symptomen worden er niet minder door. Er zijn echter aanwijzingen dat wanneer sociale vaardigheidstrainingen gecombineerd worden met een oudertraining en/of uitgevoerd worden in de natuurlijke omgeving van de jeugdige (geïntegreerd in de klas of tijdens de sportles) het sociale functioneren van jeugdigen met ADHD kan verbeteren (Frankel, Myatt, Cantwell, & Feinberg, 1997; Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998; Pfiffner & McBurnett, 1997).

Aandachtspunten bij het uitvoeren van sociale vaardigheidstraining

Gezien de tegenvallende onderzoeksresultaten dient de jeugdprofessional terughoudend te zijn in het toepassen van sociaal vaardigheidstrainingen bij jeugdigen met ADHD. Natuurlijk zal men jeugdigen met ADHD die problemen hebben in de omgang met andere jeugdigen een passend behandelaanbod willen doen en daar zal dan het verbeteren van de sociale relaties onderdeel van kunnen uitmaken. Afgaand op de recente onderzoeken moet men daarbij de omgeving van de jeugdige (ouders, leerkracht, leeftijdgenoten in de klas) zeer nadrukkelijk betrekken en bij voorkeur de behandeling niet in een aparte groep, maar in de natuurlijke omgeving van de jeugdige (op school, op het sportveld, etc.) laten plaatsvinden.

Het is van belang om de effectiviteit van de interventie regelmatig goed te monitoren en bij uitblijven van behandelresultaat het interventieplan aan te passen.



4.5.3 Planning- en organisatietrainingen

Jeugdigen met ADHD hebben vaak veel moeite om hun schoolspullen en huiswerk te organiseren en te plannen. Dit heeft een negatief effect op hun schoolfunctioneren en hun schoolprestaties. Behandelprogramma's waarin jeugdigen met ADHD leren plannen en organiseren kunnen het schoolfunctioneren van de jeugdige met ADHD verbeteren.

Beschikbare programma's

In Nederland is het behandelprogramma *Zelf Plannen* beschikbaar (Kuin, Boyer, & Van der Oord, 2013).

Conclusie op basis van wetenschappelijke onderbouwing

Hoewel de eerste onderzoeksresultaten naar de effecten van Zelf Plannen hoopgevend zijn, evenals resultaten van buitenlands onderzoek naar planning- en organisatietrainingen, is er nog te weinig onderzoek dat de effectiviteit van deze trainingen aantoont. Een dergelijke training kan (nog) geen deel uitmaken van het standaard aanbod voor jeugdigen met ADHD.

Wanneer een jeugdige met ADHD problemen heeft met plannen en organiseren, dan kan de jeugdprofessional een planning- en organisatietraining inzetten, als de ouders en jeugdige dit graag willen. Van belang is dat de jeugdprofessional de effecten van de training zorgvuldig monitort.

4.5.4 Combinatiebehandeling (jeugdige met ouders en/of school; ouders en school)

Interventies waarin uitsluitend met de jeugdige met ADHD wordt gewerkt, komen in de praktijk niet of nauwelijks voor. Ouders dienen er bijvoorbeeld altijd bij betrokken te zijn; zij worden geïnformeerd over de voortgang van de behandeling van hun kind (Abikoff et al., 2013) of ze leren specifieke vaardigheden (Storebø, Gluud, Winkel, & Simonson, 2012). Naast deze kind-ouder combinatie zijn ook de kind-school en de ouder-leerkracht combinatiebehandeling belangrijk. De jeugdprofessional dient altijd de mogelijkheden om combinatiebehandelingen in te zetten goed na te gaan.

Een combinatiebehandeling van leerkrachten en ouders is niet altijd geïndiceerd, bijvoorbeeld wanneer de ADHD-problematiek met name thuis of vooral op school speelt. Dat betekent niet dat wanneer ADHD-problemen vooral op school worden gezien en aangepakt, de ouders daar niet over geïnformeerd en/of bij betrokken zouden moeten worden.

Voor jongeren met ADHD is een combinatiebehandeling (multimodaal) meestal het meest aangewezen. Dit betekent een geïntegreerde behandeling gericht op de thuissituatie én de schoolsituatie. Daarnaast zullen ook interventies gericht op de jeugdige zelf worden ingezet, bijvoorbeeld een interventie om sociale vaardigheden (Young & Amarasinghe, 2010) of plannings- en organisatievaardigheden aan te leren.

Conclusie op basis van wetenschappelijke onderbouwing

Het in één behandeling integreren van behandelcomponenten die gericht zijn op de jeugdige met ADHD, ouders én school heeft gunstige effecten laten zien op de organisatievaardigheden, het



maken van huiswerk, sociale vaardigheden en aandachtsproblemen van jeugdigen met ADHD. Ook bleek de relatie tussen thuis en school verbeterd te zijn. Deze resultaten zijn bemoedigend, maar er is meer onderzoek nodig om definitievere uitspraken te doen.

Beschikbare programma's

Internationaal zijn er verschillende, goed onderzochte combinatiebehandelingen waarin de samenwerking tussen ouders en school centraal staat. In Nederland zijn er geen specifiek voor jeugdigen met ADHD ontwikkelde combinatieprogramma's systematisch op effectiviteit onderzocht.

4.6 Residentiële interventies

Om jeugdigen met ADHD in residentiële settings goed te kunnen helpen is ten eerste het dagelijks opvoedend handelen op de leefgroep van belang. Hiervoor biedt hoofdstuk 5 concrete aanknopingspunten. Daarnaast moet de jeugdprofessional interventies inzetten die specifiek gericht zijn op het aanpakken van de ADHD. De eerder besproken interventies kunnen daarbij worden ingezet. Voor jeugdigen die naast ADHD ernstige gedragsproblemen hebben, kan de jeugdprofessional naast de interventies op de leefgroep gebruik maken van de interventies die beschreven staan in de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013).

Daarnaast worden in de residentiële jeugdhulp vaak programma's gebruikt die niet specifiek ontwikkeld en geëvalueerd zijn voor jeugdigen met ADHD, maar die door praktijkexperts als zinvol worden beoordeeld. Bijvoorbeeld: *Kids' Skills*, *Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)* en *Agressieregulatie op Maat (residentieel)*.

4.7 Overige interventies

Interventies die wel eens voor de behandeling van ADHD worden gebruikt, zijn: (neuro)cognitieve interventies, dieetinterventies, mindfulnesstraining, psychomotore therapie en speltherapie. De werkzaamheid van deze interventies voor ADHD is echter (nog) onvoldoende onderbouwd en bewezen. Deze interventies dienen niet te worden opgenomen in het standaardaanbod voor ADHD binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming.

4.7.1 (Neuro)cognitieve interventies

Er zijn twee typen neurocognitieve interventies voor de behandeling van ADHD: neurofeedback en cognitieve trainingen.

4.7.1.1 Neurofeedback

Neurofeedback gaat ervan uit dat ADHD-gedrag wordt veroorzaakt door een afwijkend patroon van hersengolven. In de neurofeedback training wordt deze hersengolfactiviteit omgezet in beelden, geluiden of trillingen. Met behulp van deze 'feedback' (terugkoppeling) kan de persoon via operante conditionering de eigen hersenactiviteit beïnvloeden. Verondersteld wordt dat hierdoor de ADHD-symptomen afnemen.



Conclusie op basis van wetenschappelijk onderzoek
De effectiviteit van neurofeedback is nog onduidelijk.

Beschikbare programma's

Er zijn in Nederland verschillende bureau's die neurofeedback aanbieden.

4.7.1.2 Cognitieve trainingen

ADHD wordt steeds vaker in verband gebracht met gebrekkige executieve functies zoals werkgeheugen en inhibitie (zie paragraaf 2.4). In cognitieve trainingen worden deze zwakke functies getraind door middel van oefeningen, meestal op de computer. Men gaat er daarbij vanuit dat de neuronale structuren voor executieve functies beïnvloed kunnen worden door intensieve herhaling, oefening en feedback, waardoor het gedrag van de jeugdige met ADHD zal verbeteren. De meeste trainingen richten zich op het werkgeheugen, maar er zijn ook trainingen die meerdere executieve functies tegelijk trainen.

Conclusie op basis van wetenschappelijk onderzoek

Cognitieve trainingen hebben gunstige effecten laten zien op de prestatie van jeugdigen met ADHD op executieve functie taken uit het laboratorium, maar niet op hun zelfregulatie thuis en op school.

Beschikbare programma's

Bekende neurocognitieve programma's die systematisch zijn onderzocht zijn *Cogmed RM* (cogmed-nl@pearson.com) en *Braingame Brian* (Ten Brink et al., 2013).

4.7.2 Dieetinterventies

Over de rol van voeding bij ADHD bestaan twee hypothesen: (1) ADHD symptomen worden veroorzaakt of verergerd door een tekort aan bepaalde voedingsstoffen (bijvoorbeeld meervoudig onverzadigde vetzuren zoals omega-vetzuren), en (2) bepaalde stoffen in het voedsel (bijvoorbeeld noten en kunstmatige kleurstoffen) veroorzaken of verergeren ADHD symptomen. Via speciale diëten waarmee men specifieke voedingsstoffen systematisch weglaat, bijvoorbeeld het Restrictie Eliminatie Dieet (RED), of toevoegt (bijvoorbeeld vrije vetzuren) zoekt men uit of dit de ADHD-symptomen bij een jeugdige vermindert of juist verergert. De discipline die nodig is om bijvoorbeeld een restrictie-eliminatie dieet uit te voeren, vraagt bijzonder veel inzet en inspanning van de jeugdige en zijn ouders.

Conclusie op basis van wetenschappelijk onderzoek

Sommige onderzoeken vinden geen of een klein effect en andere vinden grote effecten. Deze verschillen hangen ook samen met methodologische kenmerken van de onderzoeken. Er zijn wel aanwijzingen dat een klein percentage jeugdigen met ADHD specifiek gevoelig is voor bepaalde kunstmatige stoffen en goed reageert op een eliminatiediëet.



4.7.3 Mindfulnessstraining

Mindfulnessstraining is gebaseerd op Oosterse meditatietechnieken en probeert het bewustzijn van het moment, het hier-en-nu, te vergroten en automatisch reageren te verminderen. Verondersteld wordt dat mindfulnessstraining met concentratie- en zelfcontrole-oefeningen ADHD-symptomen bij zowel ouders als de jeugdige met ADHD kan verminderen.

Conclusie op basis van wetenschappelijk onderzoek

De wetenschappelijke onderbouwing is nog te mager om conclusies over de werkzaamheid te kunnen trekken.

4.7.4 Psychomotorische- en speltherapie

In de praktijk wordt voor het versterken van de emotieregulatie ook regelmatig psychomotorische therapie of speltherapie ingezet. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer cognitieve gedragstherapie niet past bij de leeftijd of de (verstandelijke) problematiek van de jeugdige, of wanneer cognitieve gedragstherapie niet de gewenste effecten heeft.

Conclusie op basis van wetenschappelijk onderzoek

Er is geen systematisch effectonderzoek beschikbaar waarmee de effectiviteit van psychomotorische- en speltherapie voor jeugdigen met ADHD bepaald kan worden.

Algemene conclusie

Gezien de beschikbare onderzoeksresultaten is de behandeling met de in deze paragraaf besproken interventies vooralsnog onvoldoende onderbouwd en bewezen om binnen de jeugdhulp als standaardaanbod toe te passen voor jeugdigen met ADHD.

4.8 Ondersteuning bij gebruik van medicatie

Bij een ernstige vorm van ADHD bij jeugdigen met ADHD ouder dan zes jaar, wordt vaak medicatie voorgeschreven. De jeugdprofessional kan een ondersteunende rol spelen in de medicamenteuze behandeling.

Therapietrouw

Overeenstemming tussen de behandelaar die medicatie voorschrijft, de jeugdige en de ouders is een voorwaarde voor therapietrouw, ofwel trouw zijn aan een behandeling met medicatie. Aandacht voor therapietrouw is van belang, omdat bekend is dat jeugdigen met ADHD de behandeling met medicatie niet altijd opvolgen. Verschillende factoren kunnen samenhangen met onzorgvuldig gebruik van medicatie. Soms hebben ouders er onvoldoende aandacht voor. Naarmate jeugdigen ouder worden kunnen misverstanden optreden over de vraag welke verantwoordelijkheid hij zelf draagt en welke begeleiding hij nog mag verwachten van volwassenen.

Voor de jeugdprofessional kan het in de residentiële setting een taak zijn om bij te houden of de jeugdige zijn medicatie inneemt, of er zich gedragsveranderingen voordoen, en dit te bespreken met de jeugdige, de ouders, de voorschrijvend arts en school. Dit betekent ook dat de jeugdprofessional enige kennis moet hebben van de werking en bijwerkingen van medicatie om het gedrag van de jeugdige die deze medicatie gebruikt, te kunnen observeren en beoordelen.



Activiteiten die medicatietrouw kunnen bevorderen

- Geef psycho-educatie en herhaal deze bij veranderingen, bijvoorbeeld bij verhoging van de dosering of een overgang van leeftijdsfase. Meer begrip bij ouders en de jeugdige kan een positieve invloed op de therapietrouw hebben.
- Adviseer het gebruik van een medicijnndoos en/of medicijnapp en/of medicijnwekker. Het juist afstemmen van de dosering en het volgen van het voorgeschreven innameschema is een belangrijke voorwaarde voor optimaal effect van de medicatie.
- Zorg voor psychologische of pedagogische interventies en ondersteuning, zoals beschreven in de paragrafen 4.1 tot en met 4.6.
- Het is van belang dat de jeugdprofessional weet welke arts de medicamenteuze behandeling geeft. Maak goede afspraken over de momenten waarop de arts geconsulteerd dient te worden. Stem af met de arts over het functioneren van de jeugdige en vul zonodig op verzoek van de arts vragenlijsten in om het effect van de medicatie te kunnen evalueren.
- Bij jongeren is het extra van belang ze te volgen, ze houden zich minder vaak aan de medicatievoorschriften (Thiruchelvam, Charach, & Schachar, 2001).
- Laat jongeren hun medicatie thuis innemen.
- Attendeer op de mogelijkheden om 's ochtends langwerkende medicatie in te nemen in plaats van medicatie die meerdere keren per dag moet worden ingenomen (Faraone, Biederman, & Zimmerman, 2007; Sanchez, Crismon, Barner, Bettinger, & Wilson, 2005).



4.9 Aanbevelingen

- Begin bij jeugdigen met ADHD altijd met psycho-educatie op maat aan de jeugdige zelf, de ouders en de leerkracht. Bied de jeugdige geen psycho-educatie als de meerwaarde hiervan ontbreekt of schadelijke effecten kunnen ontstaan zoals stigmatisering. Weeg leeftijd en ontwikkelingsniveau, ernst van de problemen en behoefte van de jeugdige hierbij mee.
- Herhaal psycho-educatie bij het veranderen van levensfase of behandeling.
- Bied, als er zorgen blijven over het gedrag, ouder- en leerkrachttraining standaard aan bij a) jeugdigen jonger dan zes jaar; b) jeugdigen tussen zes en achttien jaar met milde tot matige ADHD; en c) jeugdigen tussen zes en achttien jaar die reeds op medicatie zijn ingesteld of waarvan ouders en jeugdige de voorkeur geven aan oudertraining in plaats van medicatie als eerste keus behandeling.
- Gebruik voor het geven van oudertraining een protocol dat gebaseerd is op de leertheorie, geschikt is voor de leeftijdsgroep en waarvan de effectiviteit in minstens een systematisch onderzoek is aangetoond.
- Bied een combinatie van oudertraining en leerkrachtinterventie aan wanneer de ADHD-symptomen in beide contexten belemmeringen geven.
- Gebruik training van de ouders in de thuissituatie bij voorkeur pas nadat dit eerst in de instelling aangeboden is. Let erop dat de interventie in de thuissituatie voldoet aan de in deze richtlijn geformuleerde eisen voor oudertrainingsprogramma's.
- Bied altijd eerst de goed onderbouwde standaardbehandelingen (oudertraining, leerkrachttraining) aan alvorens een gezinsinterventie in te zetten. Toets of de gezinsinterventie voldoet aan de in deze richtlijn geformuleerde eisen voor oudertrainingsprogramma's. Zorg voor goede monitoring en stop tijdig bij het uitblijven van resultaat wanneer toch gekozen wordt voor een gezinsinterventie.
- Ondersteun de leerkracht (nadat toestemming van de ouders verkregen is) in het toepassen van gedragstherapeutische technieken in de klas als onderdeel van het behandel aanbod wanneer de jeugdige beperkingen ondervindt in het functioneren op school.
- Zorg voor een consequent gebruik van een beloningssysteem in de klas. Dit is voor veel jeugdigen met ADHD belangrijk, omdat zij beloningen en feedback meestal anders verwerken dan jeugdigen zonder ADHD.
- Gebruik interventies op school die gericht zijn op het verbeteren van didactische instructies, leermaterialen en de leeromgeving. Ze zijn belangrijk en onmisbaar voor jeugdigen met ADHD op school.
- Bied cognitieve gedragstherapie gericht op verbetering van de impulscontrole en zelfregulatie niet standaard aan bij jeugdigen met ADHD, maar uitsluitend nadat psycho-educatie en ouder- en leerkrachttraining zijn ingezet en onvoldoende resultaat geven. Pas deze behandelingen dan alleen toe bij jeugdigen met milde tot matige ADHD vanaf acht jaar die hiervoor zelf gemotiveerd zijn en combineer ze altijd met ondersteunende ouder- en leerkrachttraining- of begeleiding waarin generalisatie van de geleerde vaardigheden een duidelijke plek heeft. Monitor de effecten van de behandeling

zorgvuldig en frequent, en stop tijdig bij het uitblijven van resultaat om onnodige belasting en faalervaringen van de jeugdige te voorkomen of te beperken.

- Bied sociale vaardigheidstraining niet standaard aan bij jeugdigen met ADHD, maar alleen wanneer er sociale problemen zijn die voortduren na inzet van psycho-educatie en optimalisering van de omgeving. Combineer de training altijd met een ouder- en leerkrachtinterventie zodat het nieuw aangeleerde gedrag versterkt wordt vanuit de relevante omgeving, en voer de training bij voorkeur in de natuurlijke omgeving van de jeugdige uit. Monitor de effecten van de behandeling zorgvuldig en frequent en stop tijdig bij het uitblijven van resultaat om onnodige belasting en faalervaringen van de jeugdige te voorkomen of te beperken.
- Zet een plannings- en organisatietraining in wanneer jeugdigen met ADHD problemen hebben met plannen en organiseren. Betrek hierbij de ouders en de school en monitor de effecten van de training zorgvuldig.
- Interventies voor jeugdigen met ADHD moeten worden uitgevoerd door gedragstherapeutisch geschoolde professionals die getraind zijn in de betreffende interventie en de voor de behandeling vereiste werkbegeleiding of supervisie krijgen.
- Gebruik een geprotocolleerde interventie waarvan door minimaal een systematisch onderzoek de effectiviteit is aangetoond in een ADHD populatie.
- Weet wie verantwoordelijk is voor de medicamenteuze behandeling en heb, in overleg met ouders en jeugdige, waar nodig contact met de arts(en) over het beleid.
- Maak in overleg met ouders en jeugdige goede afspraken met de arts over de momenten waarop deze geconsulteerd moet worden.
- Maak afspraken met jeugdigen en ouders en school over de voorgeschreven tijd en plaats van inname van medicatie en een plaats voor het verantwoord bewaren van medicatie op school.
- Geef passende en herhaalde voorlichting in de verschillende ontwikkelingsfases, om daarmee de therapietrouw te bevorderen.



Hoofdstuk 5

Het pedagogisch klimaat op school en in de behandelgroep



In dit hoofdstuk worden de volgende uitgangsvragen beantwoord:

- Wat is een passend pedagogisch klimaat voor jeugdigen met ADHD?
- Welke specifieke opvoedtechnieken voor beroepsopvoeders die jeugdigen met ADHD in de klas hebben of in groepsverband behandelen (dagbehandeling en residentieel) dragen bij aan verbeteringen in het functioneren van jeugdigen met ADHD?
- Hoe kunnen beroepsopvoeders het functioneren van jeugdigen met ADHD op school en in andere leefomgevingen bevorderen?

5.1 Inleiding

De omgeving van de jeugdige met ADHD, of dit nu het gezin, de school of de (semi)residentiële groepssetting betreft, heeft invloed op de ontwikkeling van die jeugdige. Vormgeving van een gezonde omgeving is dan ook uiterst belangrijk. Daarnaast is samenwerking tussen gezin, school en jeugdprofessionals van groot belang.

In dit hoofdstuk is de meeste tekst geschreven vanuit het perspectief van jeugdprofessionals in (semi)residentiële settings. Bij het overgrote deel van de jeugdigen met ADHD die in dergelijke settings behandeld worden, is naast de ADHD sprake van (ernstige) gedragsproblemen. Daarvoor is gebruik gemaakt van de tekst van de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013).

Veel vaardigheden en technieken die jeugdprofessionals kunnen gebruiken in een (semi)residentiële setting zijn eveneens goed bruikbaar voor leerkrachten in een klas. Waar mogelijk worden voorbeelden genoemd van de toepassing van technieken in een klas. Voor de leesbaarheid is daarom meestal gekozen voor de term beroepsopvoeders, waarmee de jeugdprofessional of leerkracht bedoeld wordt.

5.2 Een voorspelbare en stimulerende (groeps)omgeving

Voor het creëren van een voorspelbare en stimulerende omgeving zijn minimaal twee aspecten van belang: een positief opvoedingsklimaat en adequate vaardigheden van (beroeps)opvoeders om gedrag te beïnvloeden. Beide aspecten worden besproken.

5.2.1 Een positief opvoedingsklimaat

Opvoeding vereist een positief klimaat. Hieronder wordt verstaan een omgeving waarin een jeugdige zich veilig en vertrouwd voelt, goed wordt verzorgd en waarin er sprake is van de mogelijkheid tot zelfontplooiing en het aanleren van nieuwe vaardigheden. In een positief opvoedingsklimaat wordt rekening gehouden met de zorgen, eigenaardigheden, spanningen en het plezier van individuele jeugdigen (Van der Helm & Hanrath, 2011). Oog en oor hebben voor de individuele jeugdigen vraagt om *sensitieve responsiviteit* van de (beroeps)opvoeders. Hiermee wordt bedoeld: respectvol, geïnteresseerd, accepterend, empathisch en betrokken met jeugdigen omgaan; rekening houden met hun beperkingen; oog hebben voor hun behoeften en capaciteiten; de mogelijkheden van jeugdigen bekrachtigen en creatief inzetten bij het werken aan doelen; betrouwbaar en beschikbaar zijn. Een sensitieve houding van de beroepsopvoeder maakt het voor jeugdigen gemakkelijker om vertrouwen, toegankelijkheid en bereikbaarheid van de opvoeder te ervaren.



Onderzoek laat zien dat de tevredenheid van jeugdigen over de ontvangen zorg toeneemt wanneer zij ervaren dat de beroepsopvoeders sensitief en responsief zijn (Harder, 2011). Ook voelen zij zich daardoor veiliger in een justitiële leefgroep (Eichelsheim & Van der Laan, 2011). Daarbij is het belangrijk dat beroepsopvoeders oog hebben voor de negatieve invloed die jeugdigen op elkaar kunnen hebben en het negatieve gedrag dat ze van elkaar kunnen leren (ook wel deviantietraining genoemd).

5.2.2 Gedragsbeïnvloeding

Gedrag kan effectief worden veranderd door gebruik te maken van technieken die gebaseerd zijn op de zogeheten leertheorie (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). Deze theorie gaat ervan uit dat gedrag wordt beïnvloed door wat eraan voorafgaat (antecedenten: bijvoorbeeld de mate van structuur, de regels die gehanteerd worden en de wijze waarop instructies gegeven worden) en door wat erop volgt (consequenties: bijvoorbeeld een positieve of negatieve reactie van de beroepsopvoeder). Voor beroepsopvoeders is het van belang dat zij kennis hebben van opvoedingstechnieken waarmee zij de antecedenten en consequenties van gedrag kunnen veranderen, om daarmee het gedrag van de jeugdige ten goede te beïnvloeden.

Beroepsopvoeders kunnen adequaat gedrag bij de jeugdige stimuleren, maar zij kunnen ook onbedoeld probleemgedrag in stand houden door de manier waarop zij met de jeugdige omgaan (Hipwell, Keenan, Kasza, Loeber, Stouthamer-Loeber, & Bean, 2008).

5.2.2.1 Leertheorie en ADHD

In de toepassing van de technieken uit de leertheorie dient rekening gehouden te worden met de veronderstelde problemen in executieve functies en motivatie van jeugdigen met ADHD (Barkley, 2014; Nigg, 2006). Deze problemen staan beschreven in paragraaf 2.4. Antecedente technieken (dat wil zeggen: technieken waarmee antecedenten van gedrag veranderd worden) zijn vooral belangrijk om jeugdigen met ADHD te ondersteunen in hun executieve functieproblemen en de kans op gewenst gedrag te vergroten. In de toepassing van antecedente technieken moet rekening gehouden worden met deze problemen (bijvoorbeeld: veel jeugdigen met ADHD hebben meer en langduriger hulp nodig bij het structureren van situaties dan jeugdigen zonder ADHD). Consequente technieken (dat wil zeggen: technieken waarmee consequenties van gedrag veranderd worden) grijpen vooral in op de motivationele problemen van jeugdigen met ADHD.

In de toepassing van consequente technieken moet met deze problemen rekening gehouden worden (bijvoorbeeld: veel jeugdigen met ADHD hebben frequentere en sterkere bekrachtiging nodig om gedrag aan te leren dan jeugdigen zonder ADHD). Ook de tijd tussen gedrag is van belang: hoe sneller de (positieve of negatieve) consequentie volgt, hoe effectiever deze is.

5.2.2.2 Antecedenten van gedrag beïnvloeden

Het is belangrijk om situaties die aan gedrag voorafgaan zó in te richten dat de jeugdige de kans krijgt om succeservaringen op te doen en gewenst gedrag te vertonen. Zet daarbij de volgende technieken in:

- Voorspelbaar maken van de omgeving, dagelijkse routine en regels. In een voorspelbare en



gestructureerde omgeving, met een dagelijkse routine en duidelijke (en vooral niet te veel) regels, weten jeugdigen met ADHD beter wat er van ze verwacht wordt. Hiermee wordt het voor de jeugdige gemakkelijker om gedrag te laten zien dat past bij zijn ontwikkelingstaken, en nieuwe vaardigheden te leren. Voorbeelden van deze technieken en maatregelen zijn:

- Een duidelijk en helder dagprogramma, eventueel gevisualiseerd.
- Een overzichtelijke, zo nodig prikkelarme, kamer, kast of werkplek.
- Het klaarleggen van spullen voordat aan een taak begonnen wordt (bijvoorbeeld bij opdrachten in de klas, of 's morgens bij het aankleden).
- Het opdelen van taken in kleine deeltaken, eventueel gevisualiseerd met schema's of pictogrammen.
- Structuur aanbrenge in ongestructureerde situaties (bijvoorbeeld gymnastiekles, pauze op school, het uurtje tussen thuiskomen en aan tafel gaan) door van te voren af te spreken wat de jeugdige gaat doen, hoe lang en eventueel met wie.
- Checken of regels en afspraken zijn begrepen en onthouden door de jeugdige (niet door een ja/nee vraag te stellen, maar door de jeugdige de regel of afspraak te laten benoemen).
- Heldere en duidelijke instructies. Instructies moeten de jeugdige duidelijk maken welk gedrag precies verwacht wordt. Deze moeten daarom concreet en in positieve termen geformuleerd worden. Wanneer een uitleg gegeven wordt over het waarom van de instructie (wat op zich goed is) moet eerst de uitleg gegeven worden en daarna de instructie. Tot slot is van belang dat het aantal instructies gedurende een dag beperkt wordt.
- Corrigerende instructies. Bij een corrigerende instructie wordt niet alleen tegen de jeugdige gezegd wat er niet goed ging, maar ook aangegeven wat wél van de jeugdige verwacht wordt en waarom het voor de jeugdige handig is dit gedrag te laten zien (Slot & Spanjaard, 2009).
- *Prompting*, ook wel 'inseinen' genoemd (Slot & Spanjaard, 2009). *Prompting* is het uitlokken van bepaald adequaat gedrag door middel van extra stimuli, hulpsignalen of hints (*prompts*). Dit kan verbaal (tegen de jeugdige zeggen dat bepaald gedrag nu toegepast kan worden), non-verbaal (bijvoorbeeld door aanwijzen, vinger opsteken of een ander non-verbaal signaal), of fysiek (bijvoorbeeld door de jeugdige even aan te tikken).
- Bij veel aan te leren vaardigheden (zoals sociale vaardigheden of vaardigheden in het leren hanteren van ADHD-symptomen) is het zinvol het aan te leren gedrag in stapjes te instrueren, zelf voor te doen en het de jeugdige meerdere keren te laten oefenen (Slot & Spanjaard, 2009).

5.2.2.3 Consequenties van gedrag beïnvloeden

Gedrag wordt niet alleen beïnvloed door antecedenten, maar ook door de reacties die er op volgen (consequenties).

Reacties en gevolgen op gedrag, die voor de jeugdige positief zijn, noemen we ook wel bekrachtiging. Bekrachtiging is één van de effectiefste opvoedingstechnieken. Wanneer (gewenst of ongewenst) gedrag bekrachtigd wordt, neemt de kans toe dat het zich vaker voor zal doen. Jeugdigen zullen dus vaker gewenst gedrag vertonen als dat gedrag regelmatig bekrachtigd wordt, maar ongewenst gedrag zal ook toenemen als dit (ongemerkt of onbedoeld) bekrachtigd wordt. Daarnaast kan bekrachtiging bijdragen aan de ontwikkeling van een positief zelfbeeld (De Neef, 2010).



De belangrijkste algemene stelregel bij het reageren op gedrag is dat bekrachtiging beter werkt dan negatieve reacties (zoals negeren, correcties, waarschuwingen) en dat er veel meer bekrachtiging dan negatieve reacties gegeven moeten worden om effectief gedragsverandering te bewerkstelligen (De Groot, 2004).

Het effect van bekrachtiging bij jeugdigen met ADHD is waarschijnlijk het grootst wanneer de beroepsopvoeder zeer frequent en onmiddellijk volgend op het gedrag bekrachtigt en daarbij bovendien voldoende aantrekkelijke bekrachtigers en afwisseling in bekrachtigers biedt.

In de *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming* (De Lange et al., 2013) worden de volgende vormen van bekrachtiging onderscheiden: sociale bekrachtiging, bekrachtiging met activiteiten en materiële bekrachtiging.

Sociale bekrachtiging

Vormen van sociale bekrachtiging zijn:

- Algemene complimenten. Bij algemene complimenten gaat het bijvoorbeeld om het opsteken van een duim, 'goed zo' zeggen of glimlachen naar de jeugdige (Webster-Stratton, 2007).
- Gerichte complimenten. Het verschil met algemene complimenten is dat bij gerichte complimenten ook het concrete gedrag wordt benoemd. Een gericht compliment is informatiever (Slot & Spanjaard, 2009).
- Een gericht compliment met uitleg over de voordelen van gedrag. De jeugdige krijgt hierbij uitleg over de voordelen van het gedrag, bijvoorbeeld: 'Goed zo, fijn dat je zo rustig een boek leest. Zo kan ik even telefoneren!'.
Deze techniek wordt ook wel vicarious learning oftewel 'observerend leren' genoemd.

Een effectieve techniek is om (sociale) bekrachtiging van gewenst gedrag gelijktijdig met het negeren van ongewenst gedrag in te zetten. Dit kan wanneer een jeugdige tegelijkertijd gewenst en ongewenst gedrag laat zien (bijvoorbeeld mopperend een gevraagde taak uitvoeren). Bekrachtig dan wat er goed gaat en negeer het ongewenste gedrag.

Bekrachtiging met activiteiten

Leuke en prettige activiteiten kunnen uitstekend als bekrachtiger worden ingezet. Bijvoorbeeld door een jeugdige eerst een vervelende klus of activiteit te laten doen, gevolgd door een leuke (voorbeeld: eerst je huiswerk maken, dan gaan we daarna samen voetballen; eerst je rekenwerk afmaken, dan mag je daarna zelf iets kiezen). Ook het achterwege laten van vervelende activiteiten kan bekrachtigend werken. Bijvoorbeeld wanneer iets vervelends niet hoeft te gebeuren na gewenst gedrag (voorbeeld: als het jou lukt om de komende 5 minuten niet van tafel te lopen, neem ik de afwas van je over; als je deze opdracht over 5 minuten afhebt hoef je de volgende niet te maken).



Materiële bekrachtiging

Materiële bekrachtiging is soms nodig als blijkt dat sociale bekrachtiging en bekrachtiging met activiteiten onvoldoende opleveren. Bij materiële bekrachtiging krijgt de jeugdige naast sociale bekrachtiging een tastbare bekrachtiging in de vorm van bijvoorbeeld iets lekkers, smileys, punten, stickers of plastic munten. Door materiële bekrachtiging toe te voegen krijgt de jeugdige nog een extra steuntje in de rug bij het aanleren van nieuw gedrag. Materiële bekrachtiging kan echter sociale bekrachtiging niet vervangen: deze moet altijd samengaan met materiële bekrachtiging.

In beloningssystemen kunnen soms rechtsreeks bepaalde bekrachtigers verdiend worden (voorbeeld: iedere dag waarop iemand op tijd uit bed is verdient hij 10 cent). In andere gevallen worden zogenaamde 'tokens' verdiend. Dit zijn bijvoorbeeld punten of stickers, die geruild kunnen worden voor andere bekrachtigers, die de jeugdige waardevol vindt (Kazdin, 1977).

Voor het goed opzetten en uitvoeren van een beloningssysteem is voldoende gedragstherapeutische kennis en deskundigheid vereist. In de praktijk komt het nogal eens voor dat systemen te moeilijk zijn, te omvangrijk, te vaag geformuleerd, te weinig bekrachtigend, of anderszins niet voldoen aan belangrijke eisen. In die gevallen is een beloningssysteem eerder schadelijk voor de jeugdige; de motivatie voor hulp en ondersteuning kan er door afnemen en de jeugdige kan er ongewenste faalervaringen door opdoen.

Reageren op gedrag: uitdoven van ongewenst gedrag

Opvoedingstechnieken gericht op het *uitdoven van ongewenst gedrag* zijn:

- Negeren. Negeren houdt in dat een jeugdige geen aandacht krijgt als hij storend gedrag laat zien. Dit betekent bewust de aandacht ergens anders op richten en niet reageren op het storende gedrag. Daarbij is van belang dat al het lichamelijke, verbale en visuele contact met de jeugdige wordt verbroken. Een effect van negeren kan zijn dat het gedrag dat genegeerd wordt vaak eerst in ernst toeneemt, voordat het uitdooft. Het is belangrijk dat jeugdprofessionals hiervan op de hoogte zijn, om te voorkomen dat te snel besloten wordt dat negeren geen effect heeft. Juist als in het begin sprake is van een verergering van het gedrag kan dit een aanwijzing zijn dat de techniek werkzaam is. In groepsverband kan niet altijd gekozen worden voor het negeren van ongewenst gedrag. Het risico is dan groot dat jeugdigen elkaars negatieve gedrag versterken. De corrigerende instructie of time-out ligt dan meer voor de hand.
- Time-out/apart zetten. Bij een time-out wordt een jeugdige ergens kort (dat wil zeggen: enkele minuten) alleen gelaten zodat hij tijdelijk geen aandacht krijgt. Dit is dus eigenlijk een zwaardere variant van negeren.
- Straffen. Behalve de hierboven beschreven opvoedingstechnieken kan een straf ingezet worden, maar alleen als het gedrag echt niet genegeerd kan worden. Straf geven is namelijk een van de minst effectieve technieken. Straffen zijn bij voorkeur mild (een kleine consequentie, direct volgend op het gedrag en kortdurend). Een straf mag nooit bestaan uit het intrekken van een eenmaal verdiende beloning.



5.3 Aandachtspunten bij de uitvoering van opvoedingstechnieken

Bij de toepassing van de specifieke, op de ADHD-problemen afgestemde opvoedingstechnieken is het altijd belangrijk te kijken naar het (be)handelingsplan van de individuele jeugdige. In het (be)handelingsplan staat welke aanpassingen in de dagelijkse routine of omgeving nodig en helpend zijn om gewenst gedrag te bevorderen, en welk doelgedrag extra bekrachtigd moet worden om gewenst gedrag aan te leren en ongewenst gedrag uit te doven. Er staat ook in welke vaardigheden de jeugdige nog moet leren. Dit betekent dat de aanpak per jeugdige verschilt. Bij behandeling of opvang in een groep, of in de klas, is het belangrijk dit uit te leggen zodat jeugdigen weten waarom bepaalde zaken niet voor iedereen gelden.

Het is niet altijd eenvoudig om de opvoedingstechnieken zorgvuldig en consequent toe te passen. Jeugdprofessionals hebben invloed op het gedrag van jeugdigen, en andersom hebben jeugdigen invloed op het gedrag van jeugdprofessionals. Met hun gedrag prikkelen jeugdigen vaak om vooral op ongewenst gedrag te reageren. Vaak wordt dan niet meer gezien dat een jeugdige ook gewenst gedrag vertoont. Het is vooral dan lastig om consequent veel meer te bekrachtigen en niet te reageren op ongewenst gedrag. Ook vereist het specifieke vaardigheden om oog te hebben voor leermomenten van individuele jeugdigen in een druk gezin, een volle schoolklas, of een onrustige behandelgroep. Om technieken zorgvuldig te blijven toepassen dienen jeugdprofessionals gericht te worden opgeleid. Bovendien dienen ze regelmatig methodische werkbegeleiding te krijgen en dient de uitvoering van hun werk te worden gemonitord.

5.4 Samenwerking tussen ouders en beroepsopvoeders

De ouders van de jeugdige moeten tijdig, frequent en consequent en in iedere fase betrokken worden, tenzij dit echt niet mogelijk is. Zowel diagnostische bevindingen als zaken die in het onderwijs of tijdens een behandeling naar voren komen, verdienen als eerste de aandacht van de ouders, ook in situaties waarin de zorg (tijdelijk) van ouders is overgenomen. Het kan zinvol zijn om een gezamenlijk plan te maken voor het veranderen van specifiek gedrag, bijvoorbeeld als een jeugdige vaak te laat op school komt. De ouders kunnen 's morgens voor schooltijd het nodige doen, de leerkracht heeft vervolgens een taak in het bekrachtigen van het op tijd komen (en eventueel het onaantrekkelijker maken van het te laat komen). Ook kunnen aan ouders tips gegeven worden over de aanpak. Denk hierbij aan de dagindeling, de wijze waarop instructies het best gegeven kunnen worden of het bekrachtigen van gedrag (zie paragraaf 5.2 voor meer mogelijkheden).

Zodra een jeugdige daar aan toe is en/of de leeftijd dit vereist wordt de jeugdige zelf betrokken in de samenwerking. Zij hebben recht op informatie die over hen wordt uitgewisseld. Open communicatie komt de werkrelatie met de jeugdige over het algemeen ten goede.

Voor zowel ouders als jeugdigen is het van groot belang dat de communicatie met jeugdprofessionals niet beperkt wordt tot het bespreken van problemen en stagnaties, maar ook gaat over zaken die goed gaan en positieve ontwikkelingen. Wanneer de communicatie beperkt wordt tot de momenten waarop problemen zich voordoen, zal de jeugdige (en soms ook de ouders) de communicatie gaan vermijden. 'Geen bericht, goed bericht' is dus niet de juiste strategie, frequent contact met ouders en jeugdige over wat wel en niet goed gaat is noodzakelijk.



5.5 Samenwerking tussen school en jeugdprofessionals

5.5.1 Inzet van de jeugdprofessional bij schoolverzuim

De samenwerking tussen jeugdprofessionals, school en ouders is in verschillende fasen van de zorg bij thuiszitters belangrijk: de onderzoeksfase, het opstellen van een plan, de uitvoering ervan en de evaluatie van de hulp. De jeugdprofessional verzamelt in overleg met en met schriftelijke toestemming van de ouders (en afhankelijk van de leeftijd van de jeugdige ook van de jeugdige), informatie over het gedrag en de leerprestaties van de jeugdige op school. Hij kijkt naar risicofactoren, analyseert deze samen met school, ouders en jeugdige, en inventariseert met alle betrokkenen de mogelijkheden voor verandering. Dit leidt tot een gezamenlijk plan om de jeugdige vaardigheden aan te leren die bijdragen aan het (weer) naar school gaan en naar school blijven gaan. Denk hierbij aan op tijd komen, vragen stellen als je iets niet begrijpt en het plannen en maken van huiswerk. Ook het monitoren van de uitvoering van het plan vindt gezamenlijk plaats. Om tot een plan te komen kan het nodig zijn eerst de relatie tussen school en ouders te verbeteren. De jeugdprofessional zal behulpzaam zijn bij het actief ondersteunen van ouders bij het tot stand komen en onderhouden van contact met de school.

Wanneer een jeugdige niet meer naar school gaat, is in de regel ook de leerplichtambtenaar (ondersteuningsstructuur) ingelicht en actief betrokken. Overleg in deze fase moet daarom met jeugdige, ouders, jeugdprofessional en leerplichtambtenaar zijn en onder andere gericht zijn op het maken van concrete afspraken.

5.5.2 Inzet van de jeugdprofessional bij leerlingen in (semi)residentiële voorzieningen

Jeugdprofessionals die (tijdelijk of deels) de dagelijkse zorg van ouders overnemen, hebben een belangrijke taak in de ondersteuning van jeugdigen bij het volgen van onderwijs en het onderhouden van contact met school. Daarbij geldt het principe 'één systeem, één plan, één regisseur'. Dit betekent dat jeugdprofessionals, ouders, jeugdige en school samenwerken, vanuit één dossier, aan een gezamenlijk ondersteuningsplan.

Ook in (semi)residentiële settings vraagt onderwijs aandacht. Jeugdprofessionals spelen een rol bij de begeleiding van huiswerk en de deelname aan ouderavonden op school. Wanneer onderwijs en zorg verzorgd worden door een zogenoemde driemilieuvoorziening, draagt een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het dagprogramma eraan bij dat jeugdigen aan dat programma deelnemen. Een driemilieuvoorziening biedt zowel onderwijs, vrijetijdsbesteding en school/werk aan (en soms wonen).

5.5.3 Ondersteuningsstructuur in en om de school

Binnen het Nederlandse onderwijsveld bestaan verschillende voorzieningen en ondersteuningsstructuren die per gemeente kunnen verschillen. Een aantal worden beschreven, omdat jeugdprofessionals er soms aan deelnemen of ermee te maken hebben in het contact met school en ouders. Informatie over de meest recente ontwikkelingen in de diverse voorzieningen en ondersteuningsstructuren per gemeente staan op de website van de betreffende gemeente vermeld.



Multidisciplinair overleg

In een multidisciplinair overleg (MDO), voorheen zorg- en adviesteam (ZAT), werken scholen samen met onder andere jeugdprofessionals. Kijk ook hier op de website van de betreffende gemeente voor de actuele stand van zaken rond het MDO. Het MDO zorgt voor een goede aansluiting met het (school)maatschappelijk werk, gedragsdeskundigen, de jeugdgezondheidszorg, sociaal/wijkteam, jeugdhulp, de leerplichtambtenaar en de politie.

Schoolmaatschappelijk werk

Het schoolmaatschappelijk werk (SMW) heeft specifieke kennis op het gebied van gedrags-, ontwikkelings- en opvoedingsproblemen en zet deskundigen in om de problemen aan te pakken. Daarmee vormt het SMW een belangrijke schakel tussen jeugdigen, ouders, school en (jeugd)hulp.

Regulier onderwijs met ambulante begeleiding of speciaal onderwijs

Binnen het regulier onderwijs kan extra begeleiding en ondersteuning geboden worden aan jeugdigen met ADHD. Als een jeugdige regulier onderwijs kan blijven volgen kan individuele begeleiding en ondersteuning van een intern of extern ambulant begeleider nodig zijn. Wanneer blijkt dat extra begeleiding en ondersteuning binnen het regulier onderwijs onvoldoende is kan de jeugdige worden aangemeld bij een school voor speciaal basisonderwijs of voortgezet speciaal onderwijs. Meestal betreft het een indicatie voor cluster-4-onderwijs.

Onderwijsconsulent

Onderwijsconsulenten bemiddelen en adviseren bij individuele problemen rond de toelating van geïndiceerde leerlingen (zorgleerlingen) op basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs. Voor de aanpak van structurele problemen in het onderwijs aan zorgleerlingen zijn zogenoemde onderwijsconsulenten in het leven geroepen (zie ook: *Wat is de rol van de onderwijsconsulent?* <http://www.rijksoverheid.nl>; zoek op 'onderwijsconsulent').

Reboundvoorzieningen

Een reboundvoorziening biedt tijdelijke opvang aan leerlingen met ADHD voor wie de zorg die de eigen school kan bieden niet langer toereikend is. De leerling volgt een programma waarin onderwijs en gedragsbeïnvloeding centraal staan, met het doel zo snel mogelijk terug te keren in het reguliere onderwijs. Met het oog op de start van passend onderwijs per 1 augustus 2014 kozen sommige samenwerkingsverbanden ervoor hun reboundvoorziening te laten opgaan in een orthopedagogisch didactisch centrum (OPDC) nieuwe stijl.



5.6 Aanbevelingen

- Creëer een voorspelbare en stimulerende omgeving door een positief opvoedingsklimaat en adequate vaardigheden om gedrag te beïnvloeden.
- Betrek altijd de ouders van de jeugdige, tijdig, frequent en consequent en in iedere fase.
- Reageer sensitief en responsief op de individuele jeugdige.
- Houd rekening met de veronderstelde problemen in executieve functies en motivatie van jeugdigen met ADHD.
- Bekrachtig zeer frequent en onmiddellijk volgend op het gedrag om gedragsverandering te bewerkstelligen. Bied daarbij aantrekkelijke en afwisselende bekrachtigers.
- Ga regelmatig na of regels en afspraken door de jeugdige zijn begrepen en onthouden.
- Zorg ervoor dat de communicatie met de jeugdige en de ouders niet beperkt wordt tot het bespreken van problemen en stagnaties, maar ook gaat over positieve ontwikkelingen en zaken die goed gaan.
- Werk bij schoolverzuim vanuit één systeem, één ondersteuningsplan, één regisseur.



Hoofdstuk 6

Diversiteit



In dit hoofdstuk wordt de volgende uitgangsvraag beantwoord:

- Welke gedragsmatige, pedagogische en andere niet-farmacologische interventies voor jeugdigen met ADHD zijn, al dan niet met speciale aanpassingen, expliciet onderzocht op een van de volgende aspecten, en wat is er bekend over hun geschiktheid voor de doelgroep jeugdigen met ADHD? Het gaat hierbij om kenmerken van de jeugdige zoals etniciteit, geslacht, leeftijd, verstandelijk niveau, en comorbiditeit, en kenmerken van de ouders, zoals psychische problemen en ervaren opvoedcompetentie.

6.1 Inleiding

Er zijn de afgelopen twee decennia veel werkzame interventies voor jeugdigen ontwikkeld en beschikbaar gekomen (Weisz & Kazdin, 2010). Toch profiteren niet alle behandelde jeugdigen hiervan. Dit geldt ook voor de behandeling van jeugdigen met ADHD. Er zijn altijd jeugdigen die wel en jeugdigen die niet van een behandeling profiteren. Achterhalen of er bepaalde subgroepen zijn die meer of minder goed reageren op bepaalde werkzame interventies is dan ook van groot belang. Factoren die van invloed kunnen zijn op de werkzaamheid van een behandeling zijn onder andere: etniciteit, sociaal economische status, geslacht, leeftijd, intelligentie en comorbiditeit. Naar deze factoren is in beperkte mate onderzoek gedaan bij jeugdigen met ADHD.

6.2 Etniciteit

Onderzoek naar de rol van etniciteit wordt gecompliceerd door de uiteenlopende manieren waarop etniciteit of migrantenstatus worden gedefinieerd. Er zijn aanwijzingen voor het vaker voorkomen van psychische problemen bij migrantenjeugd, maar ook voor het minder vaak voorkomen ervan.

Onderzoek naar de invloed van etniciteit op de effectiviteit van psychosociale behandeling is spaarzaam en geeft wisselende resultaten. In een overzicht van tien jaar onderzoek naar externaliserende stoornissen bij jeugdigen is vastgesteld dat succesvolle behandelingen zich op meerdere niveaus tegelijk richten: op de jeugdige, op zijn gezin, en op de school (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002). Er zijn maar weinig behandelingen die tegelijkertijd op al deze drie niveaus gericht zijn. Behandelingen waarbij dat wel het geval was, bleken speciaal werkzaam te zijn voor *African-American* jeugdigen.

De effecten van etniciteit op de werkzaamheid van de behandelingen is onderzocht in de bekende Multimodale Behandelstudie van kinderen met ADHD (MTA-studie; Arnold et al., 2003). Deelnemers in dit onderzoek waren 579 jongens met een gemiddelde leeftijd van 8.5 jaar, allen met gecombineerde ADHD. Hiervan waren 111 jongens met een *African-American* achtergrond. Jongens van etnische minderheden – dus ook jongens met een andere dan *African-American* achtergrond – profiteerden op de nameting na veertien maanden significant meer van de gecombineerde behandeling van gedragstherapie en medicatie dan van de behandeling met alleen medicatie. Ze vertoonden volgens de rapportage van de ouders en de leerkrachten minder ADHD-symptomen en ook minder oppositioneel gedrag. Dit resultaat zou erop kunnen wijzen dat er bij etnische minderheden een voorkeur is voor een directieve, gestructureerde therapeutische benadering met expliciete interventies en directe vermindering van symptomen (*immediate symptom relief*).



Hoewel er aanwijzingen zijn dat *African-American* jeugdigen vaker uitvallen uit ouder-kind gedragsbehandelingen, meer dan jeugdigen van een andere ethnische achtergrond, is er ook onderzoek dat uitwijst dat wanneer zij bijvoorbeeld een schoolinterventie afmaken en niet uitvallen, zij evenveel van de behandeling profiteren. Opgemerkt moet worden dat in veel van deze onderzoeken het aandeel ADHD-jeugdigen onduidelijk is (Miller, Nigg, & Miller, 2009).

Praktijkervaringen

Er zijn in de praktijk aanwijzingen dat zowel het geven van psycho-educatie als het bieden van interventies voor jeugdigen van ouders met een niet-Nederlandse ethnische achtergrond beter lukken wanneer hierbij gebruik wordt gemaakt van groeps gesprekken met ouders uit eenzelfde ethnische groep. Via een groeps gesprek blijken informatie verwerken en een plaats geven binnen de al bestaande overtuigingen goed te verlopen. Bij voorlichtingsbijeenkomsten staan ouders open voor nieuwe kennis en andere zienswijze. Groeps gesprekken werken uitnodigend om hun eigen verhaal, over hun kind met een stoornis, te vertellen omdat ouders ondersteund worden door de voorlichtster. In dergelijke voorlichtingsbijeenkomsten kunnen ouders meer bewust gemaakt worden van alles wat komt kijken bij moeilijkheden bij leren en of gedrag. De taalbarrière kan gedeeltelijk weggenomen worden door een neutrale tolk in te schakelen.

6.3 Geslacht

ADHD wordt veel vaker bij jongens dan bij meisjes vastgesteld. Het is niet vastgesteld dat (bepaalde) niet-medicamenteuze interventies werkzamer zijn gebleken voor jongens dan voor meisjes met ADHD. Zo bleek in de MTA-studie geslacht niet van invloed te zijn op de werkzaamheid van de gedragstherapeutische behandeling (Van der Oord & Daley, 2015).

6.4 Leeftijd

De onderzoeken die hebben gekeken of leeftijd een rol speelt in de behandel effecten van psychosociale interventies voor ADHD laten sterk wisselende resultaten zien. Variërend van geen effect, tot meer effect bij oudere kinderen (Van den Hoofdakker et al., 2010), tot meer effect bij jongere kinderen (Daley et al., 2014). Uit onderzoek naar de rol van leeftijd bleek geen verband tussen leeftijd en effectiviteit van gedragstherapeutische oudertraining (Hodgson, Hutchinson, & Denson, 2014; Lee, Niew, Yang, Chen, & Lin, 2012; Mulqueen, Bartley, & Bloch, 2015).

6.5 Verstandelijk niveau

De invloed van intelligentie van jeugdigen met ADHD op het effect van psychosociale behandelingen is in enkele studies onderzocht en resulteerde in niet eenduidige resultaten. In alle gevallen betrof dit onderzoek in groepen jeugdigen met een IQ hoger dan 80 (Van der Oord, Prins, Oosterlaan, & Emmelkamp, 2008), waardoor er dus geen conclusies te trekken zijn over de mogelijke verschillen in werkzaamheid van behandelingen bij jeugdigen met lagere intelligentieniveaus.

De invloed van het IQ van jeugdigen met ADHD op de werkzaamheid van een behandeling is in de MTA-studie onderzocht (Owens et al., 2003). Een laag gemiddeld IQ bleek de effecten van medicamenteuze behandeling en van de combinatiebehandeling (medicatie en gedragstherapie) te verminderen, bij een subgroep van jeugdigen waarbij ook sprake was van ernstiger ADHD-



symptomen en meer depressieve symptomen bij de ouders. Op de gedragstherapeutische behandeling en op de routinezorg bleek IQ echter niet van invloed te zijn.

6.6 Comorbiditeit

ADHD treedt vaak samen op met andere psychische stoornissen en problemen (zie paragraaf 2.3). Er is toenemend bewijs dat bij jeugdigen met ADHD comorbiditeit invloed heeft op effecten van psychosociale behandelingen. Met name de subgroep van jeugdigen die een comorbide angststoornis hebben en de subgroep van jeugdigen die behalve een internaliserende stoornis (angst of depressie) ook een gedragsstoornis hebben, lijken soms anders op behandelingen te reageren.

In de MTA-studie bleek vooral comorbide angst consequenties te hebben voor de werkzaamheid van de behandeling (March et al., 2000). Jeugdigen met ADHD en comorbide angst profiteerden meer van de gedragstherapeutische interventie dan jeugdigen met ADHD zonder angststoornis. Het effect van gedragstherapie voor de jeugdigen met ADHD en angst was gelijk aan het effect van behandeling met medicatie. Jeugdigen met ADHD en angststoornis die de gecombineerde behandeling van gedragstherapie en medicatie kregen hadden zelfs nog betere resultaten (March et al., 2000). Als mogelijke verklaring is aangevoerd dat het versterken van opvoedvaardigheden van de ouders, het bieden van structuur in het dagelijks leven en positief ouderschap in de gedragstherapeutische interventiecondities wellicht meer impact heeft op de ADHD symptomen van de angstige subgroep jeugdigen met ADHD dan op die van de groep kinderen met ADHD zonder angst (Van der Oord & Daley, 2015).

In de MTA-studie waren ook aanwijzingen dat ‘dubbele comorbiditeit’, dat wil zeggen, ADHD die samengaat met zowel angst of depressie als een gedragsstoornis, samenhang met behandeluitkomst. Jeugdigen met dubbele comorbiditeit verbeterden meer wanneer gedragstherapie gecombineerd werd met medicatie. Een onderzoek naar factoren die van invloed kunnen zijn op de werkzaamheid van oudertraining ondersteunt deze bevinding (Van den Hoofdakker et al., 2010). Dit onderzoek liet zien dat bij jeugdigen die zowel ADHD, als angst of depressie, als een gedragsstoornis hadden, de effecten van oudertraining minder groot waren dan bij jeugdigen die deze dubbele comorbiditeit niet hadden. Het is aannemelijk dat jeugdigen met dubbele comorbiditeit ernstiger problemen hebben dan jeugdigen met enkelvoudige comorbiditeit en dat voor deze groep intensievere combinatiebehandelingen nodig zijn (Van der Oord & Daley, 2015).

6.7 Psychische problemen van ouders

Ouderlijke depressie hangt mogelijk samen met een verminderd resultaat van behandelingen bij jeugdigen. Onderzoek naar de effecten van oudertraining bij diverse typen problemen van jeugdigen (ook zonder ADHD) toonde aan dat depressie bij ouders over het algemeen een voorspeller is van een slechter resultaat van oudertraining (Reyno & McGrath, 2006).

De onderzoeken die specifiek gedaan zijn naar de invloed van depressie van ouders op het effect van psychosociale behandelingen bij jeugdigen met ADHD geven meer gemengde resultaten. In de MTA-studie werd gevonden dat depressie bij de ouders het effect van



de gedragstherapeutische behandeling niet beïnvloedde. Wel waren de effecten van de medicamenteuze behandeling en de combinatiebehandeling (gedragstherapie en medicatie) kleiner wanneer ouders meer depressieve symptomen hadden (Owens et al., 2003). Ander onderzoek biedt vooralsnog niet meer duidelijkheid op dit punt. Sommige studies vinden geen samenhang tussen depressieve symptomen bij de ouders en het effect van gedragstherapeutische oudertraining (Van den Hoofdakker et al., 2010), andere wel (Bjornebekk, Kjobli, & Ogden, 2015).

Een tweede ouderlijke factor die mogelijk samenhangt met minder goede behandeluitkomsten bij jeugdigen met ADHD is ADHD bij de ouders zelf. Ook hier zijn de resultaten van de studies die tot nu toe gedaan zijn niet eensluidend. Sommige onderzoeken vonden dat ADHD bij de moeder niet samenhangt met het effect van oudertraining bij jeugdigen met ADHD (Van den Hoofdakker et al., 2010), terwijl ander onderzoek heeft aangetoond dat ADHD-symptomen bij de ouders een slechter effect voorspellen van een gedragstherapeutische oudertraining (Chronis et al., 2011; Sonuga-Barke, Daley, & Thompson, 2002) en minder effectief gebruik van opvoedstrategieën op de langere termijn (Dawson, Wymbs, Marshall, Mautone, & Power, 2014).

Ouderlijk competentiegevoel

Het vertrouwen in eigen kunnen als opvoeder is een mogelijke factor die verband kan hebben met de effecten van psychosociale behandelingen. Wanneer moeders en vaders voorafgaand aan een oudertraining al een groot vertrouwen hebben in hun opvoedvaardigheden, reageren hun kinderen met ADHD beter (minder ADHD symptomen en minder gedragsproblemen) op een gedragstherapeutische oudertraining (Van den Hoofdakker et al., 2010; Van den Hoofdakker et al., 2014).

6.8 Conclusie

Hoewel er wetenschappelijk bewijs bestaat voor de werkzaamheid van psychosociale behandelingen voor jeugdigen met ADHD, is er wel verschil in de mate waarin jeugdigen en ouders profiteren van deze interventies. De laatste jaren vindt toenemend onderzoek plaats naar factoren die mogelijk van invloed zijn op het succes van psychosociale behandelingen bij jeugdigen met ADHD en/of gedragsproblemen.

Sommige studies wijzen uit dat onder meer depressieve en ADHD-symptomen bij ouders (met name ADHD-symptomen en depressie bij moeders), veel comorbiditeit bij de jeugdige en een laag competentiegevoel bij ouders mogelijk een negatieve invloed hebben op het effect van een oudertraining. Ook leeftijd, genetische en sociaal economische factoren, etniciteit en de mate van sociale steun voor een gezin spelen mogelijk een rol in het behandelingsucces. Het onderzoek naar factoren die van invloed kunnen zijn op de werkzaamheid van een behandeling is echter nog dermate beperkt en bovendien lopen de resultaten dusdanig uiteen, dat het daadwerkelijk kunnen voorspellen van behandelingsucces in de klinische praktijk nog ver buiten bereik ligt.

Consequenties voor de praktijk

Idealiter zou onderzoek naar de invloed van allerlei factoren op het succes van behandelingen moeten leiden tot een antwoord op de vraag: wat werkt voor wie? Daarmee zou de



besluitvorming over verschillende behandelingen aanzienlijk verbeteren. Op het terrein van jeugdigen met ADHD en effecten van psychosociale behandelingen is het beschikbare onderzoek echter zowel in kwantiteit als in kwaliteit nog onvoldoende om dit te realiseren. Bovendien zijn de resultaten tot nu toe verre van eensluidend.

In de huidige praktijk bestaat soms therapeutisch pessimisme wanneer er bij ouders of jeugdige sprake is van factoren die mogelijk met een behandeling kunnen interfereren, zoals comorbiditeit bij de jeugdige of depressie bij één van de ouders. Dit brengt het risico met zich mee dat bepaalde interventies voor die jeugdigen of ouders niet (meer) aangeboden worden. Dit is niet terecht en kan niet met resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden onderbouwd. Het spreekt vanzelf dat er meer onderzoek gedaan moet worden en in afwachting daarvan zijn er onvoldoende redenen om jeugdigen uit bepaalde subgroepen bepaalde behandelingen niet aan te bieden.

6.9 Aanbevelingen

- Bied aan jeugdigen bij wie sprake is van een aspect van diversiteit de standaard behandeling aan.
- Geef psycho-educatie aan ouders met een niet-Nederlandse etnische achtergrond bij voorkeur in groepsverband met ouders uit dezelfde etnische groep.



Literatuur



Abikoff, H., Gallagher, R., Wells, K., Murray, D., Huang, L., Lu, F., & Petkova, E. (2013). Remediating organizational functioning in children with ADHD: Immediate and long term effects from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 113-128.

Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan, J., & Oost, P. van (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behaviour disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 24*, 67-73.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: APA.

Arnold, L.E., Elliot, M., Sachs, L., Bird, H., Kraemer, H.C., Wells, K.C., ... Wigal, T. (2003). Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 713-727.

Baltussen, M., Dijkstra, R., Koekkoek, M., Leenders, Y., & Loman, E. (2001). *Kinderen met speciale rechten: Omgaan met ADHD op school*. 's Hertogenbosch: Vereniging de Samenwerkende Landelijke Pedagogische Centra.

Banaschewski, T., Neale, B.M., Rothenberger, A., & Roessner, V. (2007). Comorbidity of tic disorders & ADHD: Conceptual and methodological considerations. *European Child and Adolescent Psychiatry, 16*, 1/5-1/14.

Barkley, R.A. (2012). *Executive functions. What they are, how they work, and why they evolved*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R.A. (2014). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th edition). New York: Guilford Press.

Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford Press.

Barkley, R.A., & Robin, A.L. (2014). *Your defiant teen: 10 steps to resolve conflict and rebuild your relationship*. 2nd edition. New York: Guilford Press.

Best, J.R., & Miller, P.H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development, 81*(6), 1641-1660.

Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry, 157*(5), 816-818.

Bjornebekk, G., Kjobli, J., & Ogden, T. (2015). Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following parent management training. *Child & Family Behavior Therapy, 37*(1), 1-19.

Boer, F., Hoofdakker, B. van den, Prins, P., Hogemans-Weijers, W., Oud, M., Glind, G. van de, & Sinnema, H. (2016). *Onderbouwing bij de Richtlijn ADHD voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Brink, E. ten, Dovis, S., Ponsioen A., Geurts, H., Oord, S. van der, Vries, M. de, & Prins, P. (2013). Braingame Brian: Een executieve functietraining met game-elementen voor kinderen met ADHD. In C. Braet & S. Bögels (Eds.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten*. Deel 2. Amsterdam: Uitgeverij Boom.



- Brook, U., Watemberg, N., & Geva, D. (2000). Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Education and Counseling*, 40, 247-252.
- Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Acco.
- Bunte, T., Schoenmaker, K., Hessen, D., Heijden, P. van der, & Matthys, W. (2013) Clinical usefulness of the Kiddie-Disruptive Behavior Disorder Schedule in the diagnosis of DBD and ADHD in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 681-690.
- Bunte-Rosingh, T.S. (2014). *Preschool children with ODD, CD and ADHD: Psychiatric assessment and stability of diagnosis*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Burke, J.D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1275-1293.
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. Jr. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Daley, D., Oord, S. van der, Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E.J. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835-847.
- Danckaerts, M., & Westermann, G.M.A. (2014). Aandachtsdeficiëntie-hyperactiviteitsstoornis. In F.C. Verhulst, F. Verheij, M. Danckaerts (Eds.), *Kinder- en jeugdpsychiatrie*, pp. 226-254. Assen: Van Gorcum.
- Dawson, A.E., Wymbs, B.T., Marshall, S.A., Mautone, J.A., & Power, T.J. (2014). The role of parental ADHD in sustaining the effects of a family-school intervention for ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-15.
- Dovis, S., Oord, S. van der, Wiers, R., & Prins, P.J.M. (2015). Improving executive functioning in children with ADHD: Training multiple executive functions within the context of a computer game. A randomized double blind placebo-controlled trial. *PlosOne*, 6 April.
- DuPaul, G.J., & Eckert, T.L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.
- DuPaul, G.J., & Weyandt, L.L. (2006). School-based intervention for children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effects on academic, social, and behavioural functioning. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 161-176.
- DuPaul, G., Gormley, M., & Laracy, S.D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46, 43-51.
- Eichelsheim, V. I., & Laan, A.M. van der (2011). *Jongeren en vrijheidsbeneming: Een studie naar de wijzen waarop jongeren in Justitiële Jeugdinrichtingen omgaan met vrijheidsbeneming*. Den Haag: WODC.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Waschbusch, D.A., Gnagy, E.M., Lahey, B.B., Chronis A.M., Burrows-Maclean L. (2006). A practical measure of impairment: Psychometric properties of the impairment rating scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(3), 369-385.



- Faraone, S.V., Biederman, J., & Zimmerman, B. (2007). An analysis of patient adherence to treatment during a 1-year, open-label study of OROS methylphenidate in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 11*, 157-166.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D.P., & Feinberg, D.T. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1056-1064.
- Gargaroa, B.A., Rhineharth, N.J., Bradshawa, J.L., Tonge, B.J., & Sheparda, D.M. (2011). Autism and ADHD: How far have we come in the comorbidity debate? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35*, 1081-1088.
- Gezondheidsraad (2014). *ADHD Medicatie en maatschappij*. Den Haag, Nederland: Gezondheidsraad.
- Gillberg, C., Gillberg, I.C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M. ... Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD: Implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*, 180-192.
- Gioia, G.A., Isquith, P.K., Guy, S.C., & Kenworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF): Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Graaf, R. de, Kessler, R. C., Fayyad, J., Have, M. ten, Alonso, J., Angermeyer, M., ... Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on the performance of workers: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational Environmental Medicine, 65*(12), 835-842.
- Groot, F. de (2004). Bekrachten, bekrachten, en nog eens bekrachten. Back to basics: Positieve bekrachtiging. *Gedragstherapie, 37*, 61-66.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Schünemann, H.J., Tugwell, P., & Knottnerus A. (2011). GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(4), 380-382.
- Haenlein, M., & Caul, W. F. (1987). Attention deficit disorder with hyperactivity: A specific hypothesis of reward dysfunction. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 356-362.
- Harder, A.T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care*. Academisch proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Helm, P. van der, & Hanrath, J. (2011). *Wat werkt in de gesloten jeugdzorg?* Amsterdam: SWP.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding in de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hinfelaar, M.L., Verheijden, A.E., & Prins, P.J.M. (2011). ADHD, wat kan de juf (m/v) er mee? Een onderzoek naar de effectiviteit van een leerkrachttraining. *Kind & Adolescent, 32*, 66-83.
- Hinshaw, S.P. (2006). Treatment of children and adolescents with Attention/Deficit/Hyperactivity Disorder. In P.C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. pp. 82-114. New York: Guilford Press.
- Hipwell, A. E., Keenan, K., Kasza, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Bean, T. (2008). Reciprocal influences between girls' conduct problems and depression, and parental punishment and warmth: A six year prospective analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 663-677.



Hodgson, K., Hutchinson, A.D., & Denson, L. (2014). Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 18, 275-282.

Hoofdakker, B.J. van den, Nauta, M.H., Veen-Mulders, L. van der, Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R. B., & Hoekstra, P. J. (2010). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Moderators of treatment response. *Pediatric Psychology*, 2010, 35, 317-326.

Hoofdakker, B.J. van den, Hoekstra, P.J. Veen-Mulders, L. van der, Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2014). Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1071-1079.

Huizinga, M. (2006). *Fractionation of executive function: A developmental approach*. PhD Thesis. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Johnston, C., Mash, E.J., Miller, N., & Ninowski, J.E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215-228.

Kasius, M. (1997). Interviewing children. *Development of the Dutch version of the Semi structured Clinical Interview for Children and Adolescents (SCICA) and testing of the psychometric properties*. Thesis, Rotterdam: Erasmus University.

Kazdin, A.E. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York, USA: Plenum Press.

Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2015). *Diagnostiek van ADHD bij kinderen en adolescenten*. <http://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/ADHD-1/Diagnostiek-2>, geraadpleegd op 18 april 2015.

Kuin, M., Boyer, B., & Oord, S. van der (2013). *Zelf Plannen Werkboek*. Houten: Uitgeverij Lannoo Campus.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn ADHD bij Kinderen en Jeugdigen*. Utrecht: Trimbos-instituut/CBO.

Langberg, J.M., Epstein, J.N., Altaye, M., Molina, B.S., Arnold, L.E., & Vitiello, B. (2008). The transition to middle school is associated with changes in the developmental trajectory of ADHD symptomatology in young adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 651-663.

Lange, M. de, Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2013). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

Lee, P.C., Niew, W.I., Yang, H.J., Chen, V.C., & Lin, K.C. (2012). A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2040-2049.

Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J.A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 25, 183-213. Erratum in: *Clinical Psychology Review*, 25, 533.

Luman, M., Meel, C.S. van, Oosterlaan, J., Sergeant, J.A., & Geurts, H.M. (2009). Does reward frequency or magnitude drive reinforcement-learning in attention-deficit/hyperactivity disorder? *Psychiatry Research*, 168, 222-229.



- March, J.S., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Hoza, B., Conners, C.K., Hinshaw, S.P. ... Pelham, W.E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 527-541.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Miller, T.W., Nigg, J.T., & Miller, R.L. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in African American children: What can be concluded from the past ten years? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 77-86.
- Montoya, A., Colom, F., & Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry*, 26, 166-175.
- Montoya, A., Hernández, S., Massana, M.P., Herreros, O., Garcia-Giral, M., Cardo, E., ... Fuentes, J. (2013). Evaluating Internet information on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) treatment: Parent and expert perspectives. *Education for Health*, 26(1), 48-53.
- Mueller, A.K., Fuermaier, A.B., Koerts, J., & Tucha, L. (2012). Stigma in attention deficit hyperactivity disorder. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 4(3), 101-114.
- Mulqueen, J.M, Bartley, C.A., & Bloch, M.H. (2015). Meta-analysis: Parental interventions for preschool ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(2), 118-124.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (2015). *JGZ-richtlijn ADHD: Signalering, begeleiding en toeleiding naar diagnostiek*. Utrecht: NCJ.
- Neef, N. de, (2010) Cognitief gedragstherapeutische behandeling van een negatief zelfbeeld. *Psychopraktijk*, 2(4), 28-31.
- NICE (2009). *Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults - National Clinical Practice Guideline Number 72*. London, UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Nigg, J.T. (2006). Attention deficits and hyperactivity-impulsivity in children: A multilevel overview of causes and mechanisms. In Fitzgerald, H.E.; Lester, B.M.; Zuckerman, B. (Eds.). *The crisis in youth mental health: Critical issues and effective programs. Vol 1: Childhood disorders* (pp. 157-181). Westport, CT: Praeger/ Greenwood.
- Nigg, J.T., Hinshaw, S.P., & Huang-Pollock, C. (2006). Disorders of attention and impulse regulation. In Cicchetti, D., Cohen, D.J. (Eds), *Developmental psychopathology*, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.) (pp. 358-403). Hoboken, NJ, US: Wiley.
- Ohan, J.L., Visser, T.A., Strain, M.C., & Allen, L. (2011). Teachers' and education students' perceptions of and reactions to children with and without the diagnostic label "ADHD". *Journal of School Psychology*, 49(1), 81-105.
- Oord, S. van der, Prins, P.J.M., Oosterlaan, J., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 28, 783-800.
- Oord, S. van der, & Daley, D. (2015). Moderators and mediators of treatments for youth with ADHD. In M. Maric, P.J.M. Prins & T.H. Ollendick (Eds.), *Moderators and Mediators of Youth Treatment Outcomes*, pp. 123-146. New York: Oxford University Press.



- Owens, E.B., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Cantwell, D.P., ... Wigal, T. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 540-552.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 184-214.
- Pelham, W.E., Jr., Gregory A., & Massetti, G.M. (2005). Evidence-based assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(3), 449-476.
- Pelham, W.E., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 190-205.
- Pfiffner, L.J., & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization: Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 65*(5), 749-757.
- Pieterse, K., Luman, M., Paternotte, A., & Oosterlaan, J. (2013). Leerkrachtinterventies voor de aanpak van ADHD in de klas. Een overzicht van effectstudies. *Kind & Adolescent, 34*, 2-29.
- Polanczyk, G., De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948.
- Prins, P., & Oord, S. van der (2014). Stoornissen in de aandacht en impulsregulatie. In P. Prins & C. Braet (Eds.), *Handboek Klinische Ontwikkelingspsychologie. Over aanleg, ontwikkeling en verandering* (tweede, geheel herziene druk), pp. 277-303. Houten: Springer/BSL.
- Reddy, L.A., Newman, E., De Thomas, C.A., & Chun, V. (2009). Effectiveness of school-based prevention and intervention programs for children and adolescents with emotional disturbance: A meta-analysis. *Journal of School Psychology, 47*, 77-99.
- Reichart, C.G., Wals, M., & Hillegers, M. (2000). *Vertaling K-SADS*. Utrecht: H.C. RümkeGroep.
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 99-111.
- Sanchez, R.J., Crismon, M.L., Barner, J.C., Bettinger, T., & Wilson, J.P. (2005). Assessment of adherence measures with different stimulants among children and adolescents. *Pharmacotherapy, 25*, 909-917.
- Sayal, K., Owen, V., White, K., Merrell, C., Tymms, P., & Taylor, E. (2010). Impact of early school-based screening and intervention programs for ADHD on children's outcomes and access to services: Follow-up of a school-based trial at age 10 years. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine, 164*, 462-469.
- Schachar, R., Ickowicz, A., & Sugarman, R. (2008). *Parent Interview for Child Symptoms (PICS)*. Neuropsychiatry Team, Dept. of Psychiatry, The Hospital for Sick Children.
- Sergeant, J.A., Oosterlaan, J., & Meere, J. van der (1999). Information processing and energetic factors in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 75-104). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Sibley, M.H., Pelham, W.E., Molina, B.S., Gnagy, E.M., Waschbusch, D.A., Garefino, A.C., Karch, K.M. (2012). Diagnosing ADHD in adolescence. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 80*(1), 139-150.



Siebelink, B.M., & Treffers, Ph.D.A. (2001). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Child version. ADIS-C Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.

Slot, N.W., & Spanjaard, H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: Intro.

Sonuga-Barke, E.J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 696-702.

Sonuga-Barke, E.J.S., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M. ... Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry, 170*, 275-289.

Storebø, O., Gluud, C., Winkel, P., & Simonson, E. (2012). Social-skills and parental training plus standard treatment versus standard treatment for children with ADHD – The randomised SOSTRA trial. *PlosOne, 7*(6), June 20.

Tannock, R., Hum, M., Masellis, M., Humphries, T., & Schachar, R. (2008). *Teacher Telephone Interview (TTI)*. Revised from: Children's academic performance, attention, behavior, and learning evaluation (CAPABLE): Teacher Telephone Interview. Toronto: The Hospital for Sick Children Brain and Behavior Research Program, Canada.

Taylor R., & Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of attention and activity. In M. Rutter, D. V. M. Bishop, D. S. Pine, S. Scottt, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar (Eds.), *Rutter's. child and adolescent psychiatry* (5th edition). Oxford, UK: Blackwell.

Thiruchelvam, D., Charach, A., & Schachar, R.J. (2001). Moderators and mediators of long-term adherence to stimulant treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 922-928.

Tripp, G., & Wickens, J.R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology, 57*, 579-589.

Wakschlag, L.S., Hill, C., Carter, A.S., Danis, B., Egger, H.L., Keenan, K. ... Briggs-Gowan, M.J. (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, Part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(6), 622-631.

Wakschlag, L.S., Briggs-Gowan, M.J., Hill, C., Danis, B., Leventhal, B.L., Keenan, K. ... Carter, A.S. (2008b) Observational assessment of preschool disruptive behavior, Part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(6), 632-641.

Webster-Stratton, C. (2007). *Pittige jaren. Praktische gids bij het opvoeden van jonge kinderen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Weiss, M. (2000). *Weiss Functional Impairment Rating Scale self-report*. Vancouver: University of British Columbia.

Weisz, J., & Kazdin, A. (2010). *Evidence-based Psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.



Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.

Wilens, T.E. (2011). A sobering fact: ADHD leads to substance abuse. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 50, 6-8.

Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV ADHD: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V., & Pennington, B.F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346.

Yoshimasu, K., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Voigt, R.G., Killian, J.M., Weaver, A.L., & Katusic, S.K. (2012). Childhood ADHD is strongly associated with a broad range of psychiatric disorders during adolescence: A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 53(10), 1036-1043.

Young, S., & Amarasinghe, J.M. (2010). Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A life-span approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 116-133.

Yperen, T. van, & Bommel, M. van (2009). *Erkenning interventies: Criteria 2009-2010*, Erkenningcommissie (Jeugd) interventies. Utrecht: Nji/RIVM.





Bijlage 1

Diagnostische criteria voor ADHD volgens DSM-5



In mei 2013 is de herziening van de DSM-IV, de DSM-5, gepresenteerd door de American Psychiatric Association. Voor ADHD gelden nog steeds dezelfde vijf criteria:

- Symptoomcriterium: aanwezigheid van zes of meer symptomen van ofwel negen aandachtstekort symptomen, ofwel zes symptomen van hyperactiviteit/impulsiviteit, ofwel zes of meer symptomen van beide (aandachtstekort symptomen en hyperactiviteit/impulsiviteit symptomen).
- Leeftijdscriterium: aanwezigheid van enkele van de symptomen voor een bepaalde leeftijd.
- Contextcriterium: de symptomen moeten aanwezig zijn in meer dan één sociale context. Dus niet alleen in het gezin of alleen op school.
- Beperkingscriterium (impairment): de symptomen moeten leiden tot belangrijke beperkingen in het functioneren.
- 'Andere stoornissen criterium': de symptomen worden niet veroorzaakt door een andere psychiatrische stoornis.

De belangrijkste verandering in de DSM-5 criteria voor kinderen en adolescenten zit in het leeftijdscriterium. Dat is veranderd van beneden de zeven jaar (volgens de DSM-IV), naar enkele van de symptomen moeten aanwezig zijn op de leeftijd van elf jaar of jonger.

Voor adolescenten en volwassenen vanaf achttien jaar is ook het symptoomcriterium aangepast. Voor die leeftijdscategorie geldt de drempel van vijf symptomen in plaats van zes symptomen.

Volgens de DSM-5 heeft iemand in de leeftijd van vier tot zestien jaar ADHD als hij voldoet aan de volgende criteria:

1. *Zes (of meer) van de volgende symptomen zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:*

Onoplettendheid

- a. slaagt er vaak niet in voldoende aandacht te geven aan details of maakt achteloos fouten in schoolwerk, werk of bij andere activiteiten;
- b. heeft vaak moeite de aandacht bij taken of spel te houden;
- c. lijkt vaak niet te luisteren als hij direct aangesproken wordt;
- d. volgt vaak aanwijzingen niet op en slaagt er vaak niet in schoolwerk, karweitjes af te maken of taken op het werk na te komen (niet het gevolg van oppositioneel gedrag of van het onvermogen om aanwijzingen te begrijpen);
- e. heeft vaak moeite met het organiseren van taken en activiteiten;
- f. vermijdt vaak, heeft een afkeer van of is onwillig zich bezig te houden met taken die een langdurige geestelijke inspanning vereisen (zoals schoolopdrachten- of huiswerk);
- g. raakt vaak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of activiteiten (bijvoorbeeld speelgoed, huiswerk, potloden, boeken of gereedschap);
- h. wordt vaak gemakkelijk afgeleid door uitwendige prikkels;
- i. is vaak vergeetachtig bij dagelijkse bezigheden.



2. Zes (of meer) van de volgende symptomen van hyperactiviteit en impulsiviteit zijn gedurende ten minste zes maanden aanwezig geweest in een mate die onaangepast is en niet past bij het ontwikkelingsniveau:

Hyperactiviteit

- a. beweegt vaak onrustig met handen of voeten, of draait in zijn stoel;
- b. staat vaak op in de klas of in andere situaties waar verwacht wordt dat men op zijn plaats blijft zitten;
- c. rent vaak rond of klimt overal op in situaties waarin dit ongepast is (bij adolescenten of volwassenen kan dit beperkt zijn tot subjectieve gevoelens van rusteloosheid);
- d. kan moeilijk rustig spelen of zich bezighouden met ontspannende activiteiten;
- e. is vaak 'in de weer' of 'draaft maar door';
- f. praat vaak aan een stuk door.

Impulsiviteit

- g. gooit het antwoord er vaak al uit voordat de vragen afgemaakt zijn;
- h. heeft vaak moeite met op de beurt wachten;
- i. verstoort vaak bezigheden van anderen of dringt zich op (bijvoorbeeld mengt zich zomaar in gesprekken of spelletjes).





Bijlage 2

Overzicht van interventies



Interventie	Doelgroep	Doel behandeling	Doel behandeling	Setting	Uitvoerder	Ontvanger	RCT Nederland ^a	RCT internationaal ^a
ADdaisy	Kinderen van 8-12 jaar met AD(H)D	Psycho-educatie (duur onbekend)	Kennis vergroten over ADHD en ervaringen met elkaar delen	Klinisch	Therapeut binnen Kinder- en Jeugdpsychiatrie	Kind	Geen	Geen
Agressieregulatie op Maat (residentieel of ambulante)	Jongeren van 16-21 (ambulant: tot 24) jaar met forse agressieregulatie problematiek	Intramuraal: wekelijks individuele sessie van 60 minuten, tweewekelijks een groepssessie van 90 minuten. Ambulant: gedurende 6-24 maanden individuele sessies en 12 groepssessies	Het leren reguleren van hun agressieve gevoelens en gedrag, voorkomen van recidive (als van toepassing)	Intramuraal of ambulant	Onbekend	Kind	Geen	Geen
Alles Kidzzz	Kinderen van 9-12 jaar met externaliserend probleemgedrag	8 wekelijkse sessies van 45 minuten, aanvullende gesprekken met ouders en leerkracht	Verminderen van reactief en proactief agressief gedrag en bevorderen van sociaal gedrag	School	Getrainde hulpverlener met HBO of universitaire opleiding	Kind, ouders en leerkracht	Geen	Geen
Behavioral Parent Training Groningen (BPTG) voor kinderen met ADHD	Kinderen van 4-12 jaar met ADHD en gedragsproblemen	10-17 sessies van 50 minuten	Vermindering van gedragsproblemen bij kinderen met ADHD en gedragsproblemen	Klinisch	Therapeut (orthopedagoog (generalist), (GZ) psycholoog, klinisch psycholoog)	Ouders	Van den Hoofdkakker et al. (2007)	Geen
Brain Game Brian	Kinderen van 8-12 jaar met problemen op het gebied van executief functioneren	25 sessies van 30-50 minuten, 4 keer per week	Verbeteren van executieve functies	Thuis	Gecertificeerde trainer	Kind	Dovis et al. (2015)	Geen
Cogmed RM	Kinderen van 7-17 jaar met ADHD en leerstoornissen	25 sessies van 45 minuten, 5 keer per week	Verbeteren van het werkgeheugen, voor het verminderen van aandachtsproblemen en hyperactief gedrag	Thuis	Getrainde hulpverlener, met minimaal een HBO-vooropleiding	Kind	Dongen-Boomsma, van et al. (2014)	Chacko et al. (2014); Egeland et al. (2013); Gray et al. (2012); Green et al. (2012); Hovik et al. (2013); Klingberg et al. (2005); Steeger et al. (2015)
Druk in de klas	Kinderen in groep 3 t/m 8 die druk gedrag vertonen en aandachtsproblemen hebben in de klas	Week 1-3: dagelijks 10-15 minuten, daarna dagelijks 5-15 minuten (variabel)	Het verminderen van druk gedrag en verbeteren van aandachtsproblemen in de klas	Klas	Leerkracht	Kind	Veenman et al. (in voorbereiding)	Geen

^a Randomized Controlled Trial (RCT) naar een ADHD-populatie

Interventie	Doelgroep	Doel behandeling	Doel behandeling	Doel behandeling	Setting	Uitvoerder	Ontvanger	RCT Nederland ^a	RCT internationaal ^a
Gezin Centraal	Gezinnen met kinderen van 6 tot 14 jaar, met uiteenlopende hulpvragen op het gebied van opvoeding, het functioneren van (één van) de ouders, gedragsproblemen bij (één van) de kinderen of omstandigheden rond het gezin of in het sociale netwerk	Variabel, het hulpaanbod wordt geformuleerd aan de hand van de hulpvraag(en)	De problematiek tot een aanvaardbare oplossing brengen door 'empowerment' van het gezin of door het stimuleren van zelfsturing	Thuis, eventueel residentieel setting of dagopvang	Ambulante hulpverlener	Ouders, kind (afhankelijk van de hulpvraag)	Geen	Geen	
Groepsmediatetherapie voor ouders met kinderen met ADHD	Kinderen van 4 tot 12 jaar, met een ADHD-diagnose	11 sessies van 2,5 uur (in groepsverband)	Vergroten van kennis over ADHD, verbeterde ouder-kindrelatie, integreren van gedragstherapeutische principes in het gezinsleven	Klimisch	GZ-psychologen/orthopedagogen met meerjarige ervaring in de toepassing van gedragstherapeutische principes en ervaring met de behandeling van problematische ouder-kind-relaties	Ouders	Geen	Geen	
Handleiding voor jezelf	Kinderen vanaf 9 jaar met leer- en gedragsproblemen met Autism Spectrum Stoornis of ADHD	8-15 wekelijkse sessies (individueel) van 45-60 minuten	Door middel van psycho-educatie het zelfbeeld ontwikkelen, inzicht krijgen in het eigen aandeel in dagelijkse situaties en problemen oplossen	Onbekend	Onbekend	Kind	Geen	Geen	
Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)	Gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meerdere en complexe problemen hebben en veelal moeilijk toegankelijk zijn voor hulpverleners	De eerste 14-18 weken 2 keer per week 1,5-2 uur, in de afbouwfase 6-8 weken eenmaal per week 1,5-2 uur	De kinderen kunnen thuis in het gezin blijven wonen of opnieuw thuis wonen	Thuis	Gezinsbehandelaar met een post-HBO opleiding IAG	Ouders, kind(eren)	Geen	Geen	
Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) - Erger voorkomen	Kinderen (8-17 jaar) met beginnend delinquent of normoverschrijdend gedrag en met problematieken op een of meer leefgebieden	2 à 3 keer per week 1-2 uur, gedurende minimaal 6 weken en maximaal 6 maanden	D.m.v. het versterken van opvoedingsvaardigheden bij ouders en de sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen kinderen behoeden voor het ontwikkelen van een criminele loopbaan	Thuis	Gezins hulpverlener	Ouders, kind	Onbekend	Onbekend	

^a Randomized Controlled Trial (RCT) naar een ADHD-populatie

Interventie	Doelgroep	Doel behandeling	Doel behandeling	Setting	Uitvoerder	Ontvanger	RCT Nederland ^a	RCT internationaal ^a
Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)	Kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis hebben	Gedurende 6 maanden 2-3 huisbezoeken per week	Het kind kan in een veilig gezinsklimaat opgroeien en ontwikkelen en de gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk	Thuis	Hulpverlener	Ouders	Geen	Geen
Incredible Years (basis)	Kinderen van 2 tot 8 jaar bij wie een oppositieve-opstandige of antisociale gedragsstoornis is vastgesteld of van kinderen die het risico lopen een van deze stoornissen te ontwikkelen	9-20 sessies (hangt af van programma) van 2 uur (in groepsverband)	Afname van gedragsproblemen bij kinderen en verbetering van hun sociale vaardigheden	Klinisch	Therapeut met (post) academische graad	Ouders	Geen	Jones et al. (2007; 2008); Scott et al. (2010); Webster-Stratton et al. (2011)
Kids' skills	Kinderen van 3 tot en met 12 jaar (primair onderwijs)	Onbekend	Vaardigheden te leren om problemen (alledaags of meer complex) op te lossen	Onbekend	Leerkrachten, ouders of andere professionals/ deskundigen die werken met kinderen	Kind	Onbekend	Onbekend
Meichenbaum Beertjesmethode	Kinderen met aandachts- en werkhoudingsproblemen in het primair onderwijs	Onbekend	Het verbeteren van aandachts- en werkhoudingsproblemen	Klas	Onbekend	Kind	Geen	Meichenbaum & Goodman (1971)
Minder boos en opstandig	Kinderen van 8 tot 12 jaar met ernstige gedragsproblemen	Kind: 18 sessies van 90 minuten (in groepsverband), ouder: 18 sessies van 90 minuten (in groepsverband)	Afname van het oppositieve-opstandige, antisociale, en/of agressieve gedrag en de toename van de beheersing van boosheid en van het prosociale gedrag, door (a) verbetering van opvoedingsvaardigheden van de ouders en (b) verbetering van oplossingsvaardigheden van de kinderen in sociale situaties	Klinisch	Therapeuten zijn minimaal HBO-geschoold, hebben kennis van de normale en problematische ontwikkeling van kinderen, zijn bekend met de principes van de gedragstherapie en kunnen in groepen werken	Ouders, kind	Geen	Geen
Multi Dimensional Family Therapy (MDFT)	Jongeren tussen de 12 en 18 jaar die overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen	2-3 sessies per week, gedurende 6 maanden, variërend van 30 tot 90 minuten	Het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder probleemgedrag, en het verminderen van het risico op (strafrechtelijke) recidive	Onbekend	MDFT gecertificeerde hulpverlener, HBO- of academische graad, bekend met gezinstherapeutisch werken	Kind, ouders, leerkracht, betrokken hulpverleners, leeftijdsgenoten	Geen	Geen

^a Randomized Controlled Trial (RCT) naar een ADHD-populatie

Interventie	Doelgroep	Duur behandeling	Doel behandeling	Setting	Uitvoerder	Ontvanger	RCT Nederland ^a	RCT internationaal ^a
Multi System Therapie (MST)	Jongeren tussen de 12 en 18 jaar met ernstige, complexe gedragsproblemen al dan niet in combinatie met alcohol- of drugsmisbruik die op grond daarvan met justitie in aanraking komen	12-20 sessies van 15-90 minuten	Terugdringen van antisociaal en delinquent gedrag, verbeteren van het functioneren van de gezinsleden	Thuis, eventueel in andere systemen waarin jongere participeert	Hooggekwalificeerde behandelaars met hoogfrequente training, supervisie en ondersteuning ook op de langere termijn	Ouders, andere sleutelfiguren, jongere	Geen	Geen
Nieuwe Koers	Kinderen van 6-17 jaar met ADHD	6 sessies van 2 uur (in groepsverband)	Verminderen van symptomen van ADHD	Klimisch	Behandelaar met (post-)academische graad	Leerkracht	Hinfelaar et al. (2011)	Geen
Opstandige kinderen: een compleet oudertrainingsprogramma	Ouders van kinderen met opstandig gedrag in de leeftijd van 2 tot 12 jaar	9 sessies van 2 tot 2,5 uur (in groepsverband)	Verbeteren van de gehoorzaamheid van het kind bij het opvolgen van opdrachten, aanwijzingen en regels van ouders	Klimisch	(Gz-)psycholoog, orthopedagoog (generalist), met opleiding in of affiniteit met gedragstherapie	Ouders	Van der Oord, Prins, Oosterlaan en Emmelkamp (2007)	MTA Coöperative Group(1999); Hinshaw & Lee (2003)
Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)	Ouders en kinderen (0-18 jaar) waartussen de communicatie ernstig verstoord is, maar waarbij de gezinnen nog redelijk functioneren	Onbekend	Uithuisplaatsing voorkomen of verkorten, de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind vergroten en vaardigheden leren aan ouders om de opvoeding beter aan te kunnen	Onbekend	Hulpverlener met minimaal een HBO-opleiding met een post HBO-opleiding Videohometraining en/of Directieve Thuisbehandeling	Ouders	Onbekend	Onbekend
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	Kinderen van 2-7 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun ouders die opvoedingsproblemen ervaren	Variabel, gemiddeld 15 sessies van 60 minuten	De ernstige gedragsproblemen bij het kind verminderen	Klimisch	Psychologen en (psycho)therapeuten (academische graad) die een speciaal voor PCIT ontwikkeld opleidingstraject hebben gevolgd	Ouders	Geen	Matos et al. (2009)
Parent Management Training Oregon (PTMO)	Gezinnen met één of meer kinderen (4 t/m 12 jaar) met externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit	10-30 wekelijkse sessies van 60 minuten, plus wekelijks telefonisch contact (15 minuten)	Verbeteren van het functioneren en verminderen van gedragsproblemen bij kinderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen	Klimisch	Therapeut op tenminste HBO-niveau met affiniteit met gedragstherapeutische methodieken en ervaring in het werken met ouders en kinderen	Ouders	Geen	Geen

^a Randomized Controlled Trial (RCT) naar een ADHD-populatie

Interventie	Doelgroep	Doel behandeling	Doel behandeling	Setting	Uitvoerder	Ontvanger	RCT Nederland ^a	RCT internationaal ^a
Pelisser Voeding en Gedrag (PVG-dieet)	Kinderen met ADHD/ODD van 2-15 jaar	Gedurende ongeveer 5 weken eliminatie, daarna opbouw (totaal maximaal 1,5 jaar)	Het verminderen of doen verdwijnen van de ADHD/ODD symptomen van het kind	Thuis (dieet)	PVG- specialist	Kind	Pelisser et al. (2011); Pelisser et al. (2009)	Geen
Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)	Kinderen van 4 tot 12 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs en scholen voor speciaal onderwijs binnen een Regionaal Expertise Centrum (REC)	161 lessen gedurende 8 schooljaren, 1 à 2 keer per week	De sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen stimuleren	Klas	Leerkracht	Kind	Geen	Geen
Pubers met ADHD - een oudertrainings programma	Pubers (13-18 jaar) met ADHD en eventuele comorbide ODD of CD	10 sessies van 2 uur (in groepsverband)	Significant verminderen van de gedragsproblemen van de puber	Klinisch	Psycholoog, met gedragtherapeutische scholing, beschikking over de actuele wetenschappelijke informatie over kinderen (specifiek: pubers) met ADHD	Ouders	Geen	Geen
Relationele gezinstherapie (RGT)	Jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder delinquentie) en hun gezinnen	8-30 sessies (afhankelijk van ernst van problematiek)	Het gedrag van de jongere in het gezin en op school of werk en het functioneren van het gezin verbeteren. De kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen.	Onbekend	Gespecialiseerde en speciaal getrainde therapeuten, structureel onder super- en interview	Kind en ouders	Geen	Geen
Remweg	Kinderen van 6-12 jaar met aandachtsproblemen en hyperatief en/of impulsief gedrag	8 sessies van 1,5-2 uur	Bevorderen van de opvoedingsbekwaamheid van opvoeders (en een positieve beleving van de opvoedingssituatie), verbeteren van zelfcontrole bij kinderen	Klinisch	Gekwalificeerde gedragsdeskundige (HBO of universiteit) met kennis van gedragstherapie en ADHD	Kind	Geen	Geen
Samen met Joep Loep sporen na spuren	Kinderen van 8-12 jaar met ADHD	10 sessies van 75 minuten (in groepsverband)	Leren aandacht richten en probleemoplossingsvaardigheden verbeteren	Klinisch	Onbekend	Kind	Onbekend	Onbekend
Samen Sterker Terug Op Pad (STOP 4-7)	Kinderen (4-7 jaar) met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag en/of bij wie sprake is van een (oppositieel opstandige) gedragsstoornis	Gedurende 10 weken: kind gaat een dag per week naar de groep, ouder ontvangt begeleiding	Gedragsproblemen (in het bijzonder antisociaal gedrag) effectief aanpakken om verergering van problematiek te voorkomen	Dag-behandeling (kind)	Therapeuten met sociaalagogische of mens-wetenschappelijke opleiding, hetzij op HBO (bachelor)-, hetzij op universitair (master) niveau	Kind, ouders, eventueel leerkracht en andere betrokkenen	Geen	Geen

^a Randomized Controlled Trial (RCT) naar een ADHD-populatie

Interventie	Doelgroep	Doel behandeling	Doel behandeling	Setting	Uitvoerder	Ontvanger	RCT Nederland ^a	RCT internationaal ^a
Signalering en Preventieve Interventie bij antisociaal gedrag (SPRINT)	Kinderen in groep 4 tot en met 8 van de basisschool die openlijk en/of heimelijk probleemgedrag vertonen en/of in een bepaalde mate moeite hebben met het aanvaarden van autoriteit	Zowel ouders als kind krijgen 12 sessies (individueel)	Verminderen van antisociaal gedrag van kinderen	Kind: school (individueel) Ouders: thuis	Getrainde jeugdprofessionals, minimaal HBO-geschoold	Ouders, kind	Geen	Geen
Taakspel	Kinderen van 7-12 jaar	Dagelijks, wisselend van 10 minuten tot een dagdeel	Vermeerdere van taakgericht gedrag en verminderen van regelovertrekend gedrag bij kinderen en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat	Klas	Leerkracht	Kind	Geen	Geen
Triple-P Enhanced niveaus 4 en 5	Ouders van kinderen (tot 16 jaar) met ernstige gedragsproblemen en opvoedingsproblematiek	8-14 wekelijkse sessies van 40-60 minuten	Preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap	Klimisch	Getrainde professionals met minimaal een relevante HBO-opleiding	Ouders	Geen	Bor et al. (2002); Hoath & Sanders (2002)
Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)	Kinderen van 1-3 jaar met lastig gedrag	6 sessies, de eerste 4 vinden om de 3 à 4 weken plaats, de laatste sessies kunnen meer verspreid plaatsvinden	Gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën	Thuis	Hulpverleners met een doctoraal of master in de pedagogiek, (ontwikkelings) psychologie, of kind/gezinsstudies, verpleegkundigen en begeleiders in de adoptiezorg	Ouders	Bakermans-Kranenburg et al. (2008); Zeijl, van et al. (2006)	Geen
Zelf Plannen	Jongeren van 12-18 jaar met ADHD	Kind: 8 sessies, ouders: 2 sessies van 45-60 minuten	Verminderen van problemen met plannen en organiseren	Klinisch	Therapeut met minimaal een academische graad	Kind, ouder	Boyer et al. (2014)	Geen

^a Randomized Controlled Trial (RCT) naar een ADHD-populatie

